

TROISIÈME LEÇON

LA PLEURÉSIE INTERLOBAIRE
(ÉTUDE MÉDICO-CHIRURGICALE)

MESSIEURS,

Grâce aux documents cliniques et anatomiques qui nous sont fournis par les huit observations de *pleurésie interlobaire* dont je vous ai fait part à notre dernière séance, il nous sera possible aujourd'hui de reprendre, dans son ensemble, l'histoire de cette pleurésie qui, jusqu'ici, ne me paraît avoir été qu'ébauchée.

La pleurésie purulente interlobaire, comme la pleurésie purulente de la grande cavité pleurale, peut être primitive ou secondaire; on la dit secondaire quand elle est consécutive à une pneumonie; la plèvre est infectée après le poumon. Si la pleurésie interlobaire suit de près l'infection pneumonique, si elle apparaît dans le cours de la pneumonie, elle est dite parapneumonique; si la pleurésie interlobaire n'apparaît que tardivement, plusieurs jours, plusieurs semaines après la pneumonie, elle est dite post-pneumonique ou métapneumonique. Eh bien, pour si paradoxal que paraisse le fait, je pense que la pleurésie interlobaire est le plus souvent primitive, indépendante d'une pneumonie antérieure; elle évolue pour son propre compte, *du moins en apparence*. Dans

aucune des huit observations que je vous ai citées, la pleurésie interlobaire ne semblait faire suite à la pneumonie, et, dans nos deux observations personnelles, nous sommes bien certains qu'il n'y avait pas eu antérieurement une pneumonie, l'état du poumon ayant été vérifié à l'opération. Du reste, l'infection primitive d'une séreuse par le pneumocoque n'a rien qui doive nous surprendre; on en possède aujourd'hui des exemples aussi probants que nombreux; ce qui était autrefois considéré comme une rareté est devenu un fait courant: péritonite pneumococcique, pleurésie pneumococcique, méningite pneumococcique, indépendantes de la pneumonie, se comptent actuellement par douzaines; la pleurésie interlobaire, elle aussi, me paraît évoluer bien souvent pour son propre compte à titre d'infection primitive.

La description que je vais entreprendre ne s'adressera donc pas à la pleurésie interlobaire post-pneumonique, elle visera surtout la pleurésie interlobaire en apparence primitive, qui est à mon sens la plus fréquente.

Rien n'est plus difficile à dépister que le *début* d'une pleurésie interlobaire. Le point de côté, la fièvre, la toux vous indiquent bien qu'une affection thoracique aiguë entre en scène, mais quand il s'agit de fixer la nature et le siège de cette affection thoracique, vous n'avez, pour vous orienter, aucun signe précis. Quelle différence avec la pneumonie lobaire ou avec la pleurésie de la grande cavité pleurale! S'agit-il de pneumonie: le frisson, les râles crépitants, le souffle tubaire, les crachats rouillés vous mettent vite sur la voie du diagnostic. S'agit-il de pleurésie: les frottements, les frottements-râles, et bientôt les signes de l'épanchement, matité, disparition des vibrations thoraciques, souffle lointain et voilé, égophonie, etc., vous font assister à l'évolution de la pleurésie. S'agit-il de fluxion de poitrine: les douleurs thoraciques, la *bilatéralité* des signes, les râles de bronchite disséminés aux deux côtés de la poitrine, les frottements qui témoignent de la participation de la plèvre, le souffle qui témoigne de la participation du poumon, sont autant de signes qui vous engagent à diagnostiquer la fluxion de poitrine.

Tout autre est le début de la pleurésie interlobaire. L'infection qui constitue cette pleurésie enkystée est un peu comparable à l'infection d'une cavité close, des adhérences ayant supprimé toute communication avec la grande cavité pleurale. Les parties des lobes pulmonaires contiguës au foyer infectieux en subissent le contre-coup. Dès sa formation, le foyer infectieux interlobaire retentit sur le tissu pulmonaire du voisinage. Le territoire pulmonaire fluxionné, trahit sa fluxion par des signes que nous allons étudier et masque du même coup l'état naissant de la lésion interlobaire, cause de tout le mal.

A ce moment, en effet, aux premiers jours de la pleurésie interlobaire, examinez avec soin votre malade, percutez, auscultez la poitrine; que trouvez-vous? Vous trouvez, soit en arrière, soit dans l'aisselle, dans une région vaguement limitée, de la submatité, des râles, du souffle, signes pulmonaires et non pleuraux. Parfois aussi, percevez-vous quelques frottements erratiques. Rien à l'autre côté de la poitrine, pas de souffle, pas de râles; la lésion est unilatérale. Impossible à ce moment-là de préciser un diagnostic, vous avez conscience qu'il ne s'agit ni d'une pneumonie vraie, ni d'une vraie pleurésie, vous prescrivez une médication d'attente, des ventouses, de la quinine, de l'anti-pyrine, des potions calmantes, et vous observez.

Les jours suivants, même incertitude, même insuffisance des signes fournis par l'examen thoracique. La lésion reste unilatérale; le point de côté est plus ou moins violent, la toux plus ou moins forte, l'expectoration est nulle ou insignifiante, la fièvre est vive, la température est élevée, la dyspnée est intense, le temps passe, et votre diagnostic est toujours indécis. Que le souffle soit plus ou moins fort, que les râles soient plus ou moins étendus, que la matité soit plus accusée, peu importe, vous en êtes toujours à vous demander quelle est la part du poumon et la part de la plèvre dans cette maladie qui ne s'accuse pas franchement et que vous nommez, faute de mieux, pleuro-congestion, ce qui ne vous compromet pas.

Cependant, en face de cet état fébrile et dyspnéique,

vous n'êtes pas sans quelque appréhension, vous vous demandez si cette lésion, d'apparence bâtarde, ne cache pas une infection tuberculeuse: vous arrivez ainsi au dixième, douzième jour de la maladie, et la défervescence ne se fait pas.

Alors, le tableau va changer. Si la quantité de liquide accumulé dans la scissure interlobaire est suffisamment abondante, si l'épanchement atteint 400 ou 500 grammes chez l'adulte, 200 grammes chez l'enfant, vous percevez soit en arrière, soit dans l'aisselle, une zone plus ou moins étendue de matité à peu près en rapport avec la situation de la scissure interlobaire. Si le liquide occupe la scissure oblique et descendante du côté gauche, une forte déviation du cœur à droite en est la conséquence, ainsi que nous l'avons constaté chez notre petite malade dont le cœur battait à droite du sternum. Le cœur est dévié comme s'il s'agissait d'un fort épanchement de la grande cavité pleurale gauche; c'est là un signe paradoxal, car, en réalité, l'épanchement interlobaire est relativement restreint. La preuve que l'épanchement est restreint, c'est que la percussion dénote des régions sonores en divers points, le long de la gouttière vertébrale, à la base du thorax, et la sonorité de l'espace de Traube est conservée. Alors, l'idée de pleurésie enkystée gagne du terrain dans votre esprit. La percussion finit par mieux délimiter l'existence d'une zone mate, comme suspendue entre des régions plus sonores, soit vers la partie moyenne et postérieure du thorax, soit dans l'aisselle; vous formulez votre diagnostic: il s'agit d'une pleurésie interlobaire.

En résumé, ce qui domine pendant la première période de la pleurésie interlobaire, ce sont des signes pulmonaires *d'emprunt*, râles, souffle, submatité; et ce qui domine quand l'épanchement est formé et assez abondant, c'est l'existence d'une zone mate entourée de régions plus sonores, soit en arrière, soit dans l'aisselle.

Des travaux anatomiques intéressants ont précisé la topographie normale des scissures interlobaires et leurs rapports avec les espaces intercostaux et avec la paroi thoracique. Je

vous signale à ce sujet le travail de M. Rochard¹. Mais cette topographie de l'état normal n'est plus rigoureusement vraie à l'état pathologique. La situation et la direction des scissures interlobaires sont singulièrement modifiées par le liquide accumulé entre les deux lobes du poumon et par le refoulement de ces lobes.

Ce n'est donc pas exactement au niveau des scissures interlobaires que l'on constate la zone de matité suspendue qui est un des signes précieux du diagnostic; la localisation de cette matité est assez variable.

De cette étude, il ressort que, pendant la première phase de la maladie, le diagnostic en est à peu près impossible. Il peut y avoir quelques probabilités, il n'y a aucune certitude. Vous n'avez qu'à vous rappeler nos observations: le début de la maladie est brusque, douloureux, fébrile, le malade tousse et se plaint d'un point de côté; mais on ne sait pas ce que cela sera; on pense à la pneumonie, on pense à la pleurésie, à la pleuro-congestion, mais on reste dans l'indécision. Pendant plusieurs jours, la douleur, la toux, l'oppression sont les symptômes dominants; l'épanchement interlobaire entouré par le poumon ne se révèle encore par aucun signe spécial; par contre, les parties contiguës du poumon engoué ou fluxionné donnent naissance à du souffle, à des râles, signes d'emprunt, qui attirent toute l'attention sur le poumon, alors que c'est dans l'espace interlobaire que se cache et se déroule la maladie.

Il n'y a vraiment, je vous le répète, qu'un signe qui ait une grande valeur: c'est la limitation d'une zone mate, entourée de régions plus sonores; encore cette zone de matité, habituellement silencieuse à l'auscultation, n'acquiert-elle une existence réelle que lorsque le liquide interlobaire est déjà abondant. Cette zone de matité peut exister en différents points du thorax. Si la pleurésie interlobaire se développe à la portion horizontale de la scissure, la zone de matité siège en arrière vers le tiers supérieur ou vers la partie moyenne du thorax. Si la pleurésie interlobaire envahit la

1. *Topographie des scissures interlobaires du poumon*. Paris, 1892.

portion oblique et descendante de la scissure, c'est dans l'aisselle et jusqu'à la partie antérieure du thorax qu'on trouve la zone de matité. Toutefois, ne vous attendez pas à trouver là ni la matité absolue ni les signes classiques des épanchements de la grande cavité pleurale. Quand il s'agit de pleurésie de la grande cavité pleurale, le liquide est au contact de la paroi thoracique; rien ne l'en sépare, aussi les signes habituels des épanchements pleuraux, la matité, la diminution des vibrations thoraciques, le souffle pleural, l'égophonie, etc., sont-ils portés à leur maximum. Au contraire, quand l'épanchement pleurétique est profondément caché dans un espace interlobaire, les parties du poumon interposées entre l'épanchement et la paroi thoracique affaiblissent les signes, les dénaturent ou les rendent illusoires.

Le liquide de la pleurésie interlobaire droite est incapable d'abaisser le foie, mais le liquide de la pleurésie interlobaire gauche, alors que la pleurésie envahit la scissure oblique descendante, est parfaitement capable de dévier le cœur à droite, ainsi que vous l'a démontré notre seconde observation.

La dyspnée provoquée par les pleurésies interlobaires est autrement forte que la dyspnée due aux pleurésies de la grande cavité pleurale. Je vous ai dit bien souvent qu'on peut avoir dans la plèvre deux litres de liquide et au delà, sans gêne respiratoire notable; tandis que la pleurésie interlobaire, même limitée, est une cause de dyspnée précoce et intense.

Le tableau clinique est bien différent, vous le voyez, entre les pleurésies de la grande cavité pleurale et les pleurésies interlobaires et vous seriez exposés à de grands mécomptes si vous supposiez que les mêmes signes sont applicables aux deux cas.

Parmi les symptômes possibles de la pleurésie interlobaire, il en est deux, l'hémoptysie et la vomique, sur lesquels je désire particulièrement insister. L'hémoptysie a été plusieurs fois signalée au cours de la pleurésie interlobaire. La petite

malade de la troisième observation (Prengrueber et de Beurmann) eut à plusieurs reprises de fortes hémoptysies et cependant elle n'était pas tuberculeuse. Le jeune garçon dont il est question dans le cas de MM. Letulle et Segond eut pendant une quinzaine de jours des hémoptysies très abondantes dont on ne put trouver la cause, ce jeune homme n'ayant ni tuberculose, ni dilatation bronchique. Dans une autre observation de M. Letulle, le malade atteint de pleurésie interlobaire eut également des hémoptysies qui firent redouter une pneumonie caséuse; l'avenir prouva qu'il n'était nullement tuberculeux.

Ces hémoptysies sont notées dans le cas suivant qui vient de m'être communiqué par le D^r Thalys : Un homme de quarante-cinq ans, convalescent d'une pneumonie gauche, fut pris de fièvre, de point de côté et de dyspnée violente. Quelques jours plus tard, on constatait à la partie moyenne et postérieure du thorax une zone de matité environnée de râles. Pendant une vingtaine de jours, la fièvre, la toux, la dyspnée, la douleur et la tachycardie furent les symptômes dominants. Un matin, le malade eut des quintes de toux plus intenses que d'habitude et il rendit une quantité de pus; il venait de vider une pleurésie interlobaire. A la suite de cette vomique, il continua à remplir tous les matins un ou deux crachoirs d'expectoration purulente, après quoi la toux restait modérée une partie de la journée. Cet état dura quatre à cinq semaines pendant lesquelles la fièvre disparut, mais l'accélération du pouls persista. Un jour, survinrent quelques crachats sanglants suivis d'une abondante hémoptysie. On craignit la tuberculose, mais on ne trouva de bacilles de Koch ni dans l'expectoration purulente ni dans le sang de l'hémoptysie. La convalescence fut lente; l'expectoration ne se tarit qu'après quatre mois, ce qui n'empêcha pas cet homme de revenir complètement à la santé sans conserver le moindre reliquat de sa pleurésie interlobaire. Le crachement de sang n'a plus reparu.

L'hémoptysie, vous le voyez, n'est donc pas rare au cours de la pleurésie interlobaire, puisque je viens de vous en citer quatre cas. Ce fait n'était pas passé complètement inaperçu,

car M. Pailhas¹ en fait mention et en discute les causes. La première idée, quand des hémoptysies surviennent chez un pleurétique atteint de fièvre et d'expectoration purulente, c'est que ce malade est tuberculeux. Mais vous voyez qu'il faut se garder de pareille interprétation; les quatre malades dont je viens de vous rapporter l'histoire ont complètement guéri de leur pleurésie interlobaire et malgré leurs hémoptysies ils n'étaient pas tuberculeux. J'insiste tout spécialement sur ces hémoptysies de la pleurésie interlobaire, parce qu'elles ne sont pas assez connues; il ne s'agit pas là de quelques crachats sanguinolents mais bien de vraies hémoptysies, parfois abondantes, et se reproduisant tantôt plusieurs jours de suite, tantôt à intervalles plus espacés. Tantôt le crachement de sang survient après la vomique, comme chez le malade de M. Thalys; tantôt il la précède ou il en est contemporain, comme chez les trois autres malades. Je pense qu'on peut mettre ces hémoptysies sur le compte du processus ulcéreux qui s'attaque aux parois de la cavité interlobaire. Ce processus, qui provoque l'ulcération d'une bronche et la vomique, peut provoquer également l'ulcération d'un vaisseau et les hémoptysies.

Chez la fillette opérée par M. Tuffier (deuxième observation), il nous fut facile de voir au fond de la cavité interlobaire, éclairée à l'électricité, la section de la bronchiole par où la vomique s'était effectuée. Supposez que l'artériole satellite ait participé à l'ulcération, une hémoptysie ou plusieurs hémoptysies en eussent été la conséquence. Si les hémoptysies sont relativement fréquentes au cours de la pleurésie interlobaire, et si rares, pour ne pas dire inconnues, au cours de la pleurésie purulente de la grande cavité pleurale, c'est que le processus ulcéreux qui aboutit aux vomiques et aux hémoptysies est autrement actif dans la pleurésie interlobaire, qui représente, après tout, eu égard à la plèvre, un diverticulum transformé « en cavité close » avec ses conséquences.

Du reste, quelle que soit la pathogénie de ces hémoptysies

1. M. Pailhas. De l'emphyème gangreneux interlobaire. Thèse de Paris, 1890.

que je vous propose d'appeler à l'avenir « *hémoptysies interlobaires* », il faut les bien connaître et se garder de conclure de ces hémoptysies à la tuberculose.

Occupons-nous maintenant d'un symptôme presque constant de la pleurésie interlobaire, je veux parler de la *vomique*. D'une façon générale, l'ouverture du foyer purulent dans les bronches est beaucoup plus fréquente dans les pleurésies enkystées que dans les pleurésies purulentes de la grande cavité pleurale. On voit des pleurésies purulentes de la grande cavité pleurale qui durent des mois et des années sans aboutir à la vomique. En voici des exemples : A la fin de novembre 1898, je fus appelé auprès d'une jeune fille, qui devait partir le lendemain pour le Brésil. Je la trouvai fort dyspnéique, elle ne pouvait ni marcher un peu vite, ni monter un escalier sans être prise d'oppression violente, sa respiration était gênée, même au repos. Cet état qui durait depuis bien des mois s'aggravait de jour en jour. L'examen de la malade ne fut ni compliqué ni difficile ; d'emblée je découvris un épanchement de trois ou quatre litres dans la plèvre gauche. La matité était absolue du haut en bas, l'auscultation ne laissait entendre ni bruits normaux ni bruits anormaux, et le cœur était tellement dévié qu'on le sentait battre dans l'aisselle droite.

La famille parut fort surprise de mon diagnostic et assez mécontente de ma décision, car je m'opposai d'une façon absolue au lointain voyage qu'on allait entreprendre. J'appris alors que la jeune fille avait eu au Brésil, un an avant, une pleuro-pneumonie. Depuis cette époque, elle ne s'était jamais rétablie, elle ne pouvait supporter ni corset ni vêtements ajustés, sa respiration était haletante, elle avait parfaitement senti son cœur battre à droite, et malgré cet état, elle avait continué à voyager à travers l'Europe « se croyant atteinte d'anémie ». Bien que n'ayant constaté ni fièvre, ni œdème thoracique, je pensai néanmoins qu'une aussi vieille pleurésie, datant d'un an environ, devait être une pleurésie purulente. J'appelai M. Potain en consultation, et il fut convenu qu'avant d'en arriver à conseiller

l'opération de l'empyème, j'essayerais, par des ponctions successives et espacées, de tarir cet épanchement.

Le 25 novembre, je pratiquai la première ponction aspiratrice, et j'arrêtai l'écoulement après avoir retiré 850 grammes de liquide puriforme. Ce liquide placé dans une éprouvette se divisait en deux couches, l'une inférieure mince, dense, l'autre supérieure presque séreuse. C'était un liquide absolument stérile ; il ne contenait pas un seul microbe, et il était très pauvre en globules purulents. Il est évident que la pleurésie n'était plus en activité. Cette première ponction fut suivie d'un grand soulagement, et je retirai successivement, le 29 novembre, 900 grammes ; le 4 décembre, 850 grammes ; le 13 décembre, 800 grammes, et le 7 janvier, 700 grammes, ce qui faisait pour les cinq ponctions un total de 4.100 grammes.

Après chaque ponction, le liquide ne paraissait pas se reformer, le cœur reprenait peu à peu sa place normale, le poumon retrouvait progressivement ses fonctions, la dyspnée s'amendait, puis disparaissait totalement, la jeune malade marchait et montait un cinquième étage sans la moindre difficulté, si bien que, lorsque je pratiquai la dernière ponction, j'eus l'espoir que la guérison serait définitive. Elle le fut, en effet ; la jeune fille resta encore trois mois à Paris, ayant repris la santé, n'éprouvant plus la moindre anhélation, et quand elle partit, l'auscultation me permit de constater que le poumon gauche respirait dans toute son étendue. Voilà donc un cas de pleurésie purulente considérable qui durait depuis une année, et qui n'avait pas abouti à la vomique.

En 1880, je voyais avec le D^r Acosta un Américain qui était atteint depuis longtemps de pleurésie purulente et qui, malgré son épanchement considérable, avait fait plusieurs fois la traversée entre la France et l'Amérique. A chacun de ses voyages je lui retirais un litre de liquide purulent. J'ignore ce qu'est devenu ce malade, mais, ce que je sais, c'est que cet épanchement purulent a pu séjourner plusieurs années dans la plèvre sans donner lieu à une vomique.

Guéneau de Mussy raconte l'histoire d'un malade qui portait un épanchement pleurétique gauche depuis une

quinzaine d'années. Une première ponction donna issue à 1.800 grammes de liquide puriforme qui, examiné au microscope, ne renfermait pas un seul leucocyte; on aurait dit une émulsion de matières grasses. Quinze jours plus tard, on retira 1.700 grammes du même liquide et le malade se trouva tellement soulagé après ces deux ponctions qu'il repartit pour la Russie. Cette pleurésie purulente qui durait depuis bien des années n'avait pas abouti à la vomique¹.

Guéneau de Mussy cite encore le cas d'un jeune homme atteint depuis dix-huit mois de pleurésie purulente du côté gauche. Le malade fut ponctionné et on retira deux litres et demi de liquide purulent. Deux nouvelles ponctions furent pratiquées à quelques semaines de distance et l'amélioration fut telle, qu'on put considérer ce malade comme guéri. Bien que datant de dix-huit mois, cette pleurésie purulente n'avait pas provoqué de vomique.

J'ai actuellement, dans mon service, salle Saint-Christophe, n° 14, un homme dont la pleurésie purulente doit remonter à deux ans. Je lui ai fait pratiquer plusieurs ponctions et tout fait supposer qu'il va guérir; son liquide est stérile et très pauvre en globules purulents. Il n'a jamais eu de vomique.

Vous n'avez peut-être pas oublié les deux cas d'empyème pulsatile dont je vous ai parlé l'an dernier; ici encore la pleurésie purulente ne fut pas suivie de vomique².

Vous voyez donc que les épanchements purulents de la grande cavité pleurale peuvent durer des mois et des années, sans aboutir à la perforation du poumon et à la vomique. Il n'en est plus de même des épanchements enkystés. Qu'il s'agisse de pleurésie médiastine, interlobaire, ou diaphragmatique, l'enkystement, à l'instar des cavités closes, favorise l'ulcération des parois, la perforation et la vomique. Veuillez vous rappeler les pleurésies enkystées, médiastines et interlobaires qui ont fait l'objet de ces premières leçons, elles ont toutes abouti à la vomique. Les deux pleu-

1. N. Guéneau de Mussy. *Clinique médicale*, Paris, 1874, t. I, p. 653.

2. Empyème pulsatile. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1897-1898, p. 418.

résies médiastines se sont terminées l'une et l'autre par vomique; il en est de même des huit pleurésies interlobaires dont je vous ai rapporté l'histoire à notre dernière séance.

En résumé, dans la pleurésie purulente interlobaire, la vomique est presque la règle; dans la pleurésie purulente de la grande cavité pleurale, elle est presque l'exception. Telle est également l'opinion de M. Potain avec qui je causais récemment de cette question qu'il connaît si bien.

L'époque à laquelle survient la vomique est assez variable; elle est apparue au dix-huitième jour de la maladie chez la fillette de notre deuxième observation, et avant le quinzième jour chez le malade de notre première observation. Elle a été plus tardive dans d'autres cas. D'une façon générale la vomique de la pleurésie interlobaire est plus précoce que la vomique de la pleurésie purulente de la grande cavité pleurale.

Il m'est arrivé plusieurs fois de prédire la vomique, vingt-quatre et trente-six heures à l'avance, grâce à un signe que j'ai depuis longtemps décrit et qui repose sur la fétidité de l'haleine¹. Le liquide des pleurésies interlobaires est presque toujours fétide. Avant que l'ouverture du foyer dans les bronches soit assez large pour livrer passage au pus de la vomique, il se fait d'abord une simple fissure, un petit pertuis, au travers duquel s'échappent des émanations fétides de la cavité. Aussi la fétidité de l'haleine peut-elle précéder de vingt-quatre heures et même de plusieurs jours l'apparition de la vomique. Notre homme de la salle Saint-Christophe avait l'haleine fétide « et un mauvais goût dans la bouche » plusieurs jours avant sa vomique; sa femme avait remarqué que « sa respiration sentait mauvais ». La maman de la fillette de notre seconde observation nous prévint deux jours avant la vomique « que l'haleine de l'enfant était devenue fade et bien mauvaise ». N'oubliez pas ce signe, il vous permet de prévoir la vomique et il vous aide au diagnostic de la pleurésie interlobaire.

La vomique n'éclate pas toujours de même manière. Au moment où le liquide purulent fait irruption dans les bron-

1. *Manuel de pathologie interne*, t. 1, p. 484.