

ches, le malade est pris de quintes de toux, de dyspnée angoissante, et lui qui, jusque-là, ne crachait pas, il rend maintenant, en abondance, des crachats muco-purulents, fétides, et parfois striés de sang. La quantité de pus est du reste fort différente suivant que la vomique succède à une vaste pleurésie de la grande cavité pleurale ou à une pleurésie purulente enkystée. Si la vomique est consécutive à une pleurésie purulente de la grande cavité pleurale et si la perforation est assez large, c'est par flots que le pus est rejeté; le malade a vraiment l'air de vomir le pus, d'où le mot vomique (*vomere*, vomir); il peut en rendre un demi-litre, un litre, dans l'espace de quelques instants ou de quelques heures. Mais il n'en est plus de même si la vomique est consécutive à une pleurésie purulente enkystée qui ne contient que quelques centaines de grammes; dans ce cas, ce n'est plus à flots que le pus est rendu, c'est par petites gorgées, c'est par crachats, si bien que faute d'attention, la vomique passerait inaperçue et pourrait être prise pour une simple expectoration bronchique.

Je ne saurais trop appeler votre attention sur ces *petites vomiques fragmentées qui simulent la bronchorrhée* et qui sont bien plus fréquentes que les grandes vomiques. Un malade vous raconte que depuis quelques jours, depuis quelque temps, il est pris de quintes de toux suivies de crachats muco-purulents. Faute d'attention vous prenez cette expectoration muco-purulente pour un catarrhe bronchique, pour une bronchite fétide, pour une bronchorrhée, mais si, poussant plus loin vos investigations, vous obtenez de votre malade des réponses nettes et précises, vous apprenez que l'expectoration en question a débuté assez brusquement à la suite de quintes de toux angoissantes et dyspnéiques, alors que, les jours précédents, l'expectoration était nulle. Poussez plus loin votre enquête et le malade vous dira que quelques semaines avant le début de cette expectoration purulente fétide, il avait été pris de point de côté, de fièvre, de toux, de dyspnée; il avait dû garder le lit, et avait été soigné pour une affection thoracique mal déterminée. En fin de compte, il avait eu une pleurésie interlobaire, et

dans le cours de cette pleurésie interlobaire était survenue la soi-disant bronchorrhée qui n'était en somme qu'une vomique fragmentée.

J'ai la conviction que bon nombre de pleurésies interlobaires réduites aux proportions d'un abcès interlobaire passent ainsi inaperçues; on fait le diagnostic de bronchite, de broncho-pneumonie, de bronchorrhée fétide, alors qu'il s'agit en réalité d'un abcès interlobaire ouvert dans les bronches. M. Potain m'a dit avoir vu dans la scissure oblique droite avoisinant le diaphragme un abcès qui n'avait même pas le volume d'un œuf. Dans une autopsie récente concernant un cas de pneumococcie généralisée, qui sera l'objet d'une de nos prochaines leçons, nous avons trouvé dans une scissure interlobaire plusieurs petits abcès, distincts les uns des autres, et qui ne contenaient que quelques grammes de pus. J'ai la conviction que l'ulcération et la perforation de pareils abcès, provoquant l'ulcération de bronchioles ou d'artérioles, peuvent susciter des hémoptysies dont on ignore la cause et des petites vomiques dont l'origine reste inconnue.

En somme, il y a deux phases dans la pleurésie interlobaire : celle qui précède la vomique et celle qui la suit. Nous avons étudié jusqu'ici la phase qui précède la vomique; voyons, maintenant, ce qui advient une fois que la vomique est déclarée. La cavité laissée par l'évacuation du pus est en partie comblée par la décompression des lobes pulmonaires voisins; néanmoins, là où il n'y avait qu'une zone mate et presque silencieuse, il n'est pas rare de percevoir maintenant des signes cavitaires, souffle creux et gargouillement. Dans les cas heureux, l'évacuation du foyer infectieux par vomique est suivie d'une amélioration notable; la fièvre tombe, la dyspnée s'amende, les quintes de toux diminuent d'intensité, la quantité de crachats purulents sécrétés par les parois de la cavité interlobaire et rendus journellement, est de plus en plus restreinte, la fétidité disparaît, l'appétit revient, et, après une durée variable de quelques semaines, tout rentre dans l'ordre, la cavité inter-

lobaire se cicatrise et le malade guérit. J'ai plusieurs fois constaté cette heureuse terminaison de la pleurésie interlobaire après vomique; quelques-uns de ces cas sont consignés dans la thèse de M. Perrier¹.

Mais, dans d'autres circonstances, l'évolution spontanée de la pleurésie interlobaire est beaucoup moins favorable, et des complications multiples peuvent survenir. Dans un premier ordre de faits, voici comment les choses se passent: la vomique s'est effectuée, le malade a rendu une quantité de pus, mais bien que le foyer interlobaire soit en partie vidé, la détente se fait attendre, le malade continue à s'infecter, la fièvre reste vive, le pouls est accéléré, les transpirations sont abondantes, l'inappétence est complète, l'amaigrissement est rapide; le malade qui n'est pas tuberculeux prend néanmoins les apparences de la tuberculose aiguë; des râles bronchopulmonaires envahissent le poumon à son tour infecté et le malade succomberait si l'opération n'intervenait pas en temps voulu. A cette catégorie appartiennent les malades de nos deux premières observations. Notre homme de l'Hôtel-Dieu continuait à s'infecter après sa vomique, ses forces déclinaient, le foyer purulent pneumococcique ne se tarissait pas, et j'ai la conviction que si l'opération n'avait pas été faite à temps, cet homme aurait succombé. Même remarque pour la fillette de notre deuxième observation; malgré la vomique qu'elle fit dans la soirée du mercredi, la fièvre persista, la température se maintint à 40 degrés, le pouls s'éleva à 140 pulsations, la dyspnée à 44 respirations par minute, le teint devint blafard, l'infection marchait à grands pas, et si l'intervention chirurgicale n'avait pas été promptement décidée, cette enfant était certainement perdue.

Que ces exemples vous servent de leçon; ils vous prouvent que, s'il est des cas où la vomique est un mode de guérison de la pleurésie interlobaire, mode de guérison qu'on peut appeler spontané, il en est d'autres où, malgré la vomique,

1. Perrier. Etude sur la pleurésie interlobaire suppurée. *Thèse de Paris*, 1878, p. 41.

les accidents se précipitent et aboutiraient à une terminaison fatale si l'opération n'était pas promptement décidée.

Ces considérations sont applicables aux pleurésies interlobaires à forme gangreneuse. Je fais allusion aux deux dernières observations que je vous ai citées; la pleurésie interlobaire avait été suivie de vomique d'odeur particulièrement infecte et l'autopsie démontra l'existence d'un foyer gangreneux. Il est permis de croire que l'opération pratiquée à temps eût enrayé les accidents mortels.

Dans une autre catégorie de faits, je place les accidents à longue portée qui surviennent, non pas quelques jours ou quelques semaines après la vomique, mais des mois plus tard. Chez certains malades, l'amélioration qui suit la vomique n'est ni franche, ni durable; on essaye plusieurs médications, on redoute l'opération, on hésite, on tempore; pendant longtemps le malade continue à tousser et à cracher, la cavité interlobaire secrète et ne se comble pas, la fièvre reparaît, la respiration est gênée, le malade ne reprend pas ses forces, il s'infecte et s'intoxique à petites doses, il est sans appétit, il maigrit, il a les doigts hippocratiques et, bien qu'il ne soit pas tuberculeux, il en a les apparences.

En vous traçant ce tableau, je fais surtout allusion à un malade que j'ai eu autrefois, alors que je faisais, comme médecin du bureau central, le service de l'hôpital Laënnec. Voici le résumé de l'observation qui est consignée dans la thèse de M. Martinez-Mesa¹. Un homme de trente-cinq ans était entré dans le service de M. Lépine pour une pleurésie interlobaire gauche qui fut suivie de vomique. Pendant longtemps le malade conserva une expectoration purulente, fétide, accompagnée de toux et d'oppression; il quitta l'hôpital et fut placé dans mon service cinq mois plus tard. A cette époque, l'état général était mauvais, le malade avait la fièvre et rendait tous les jours deux crachoirs d'expectoration purulente fétide. Je constatai une zone de matité qui commençait à l'épine de l'omoplate gauche et qui

1. M. Martinez-Mesa. *Thèse de Paris*, 1879, p. 79.

s'étendait obliquement de haut en bas et de dedans en dehors jusqu'à l'aisselle. Au-dessus et au-dessous, la sonorité était presque normale. L'auscultation de cette zone révélait des signes cavitaires, souffle creux et gargouillement. Ceci se passait en 1879, époque à laquelle nous n'avions pas les ressources chirurgicales que nous possédons aujourd'hui. Je me contentai de placer à demeure un trocart dans la cavité et je pratiquai tous les jours des injections alcoolisées. En dépit du traitement, la situation empira et le malade succomba quatre mois plus tard. A l'autopsie, je trouvai la scissure interlobaire gauche transformée en une cavité remplie de pus fétide, les parois de la cavité étaient épaisses et, sclérosées. La sclérose avait gagné le tissu pulmonaire voisin et dans ce parenchyme fibreux et lardacé existaient quelques dilatations bronchiques. Il n'y avait point de tuberculose. Voilà donc une observation qui prouve qu'abandonnée à elle-même, une cavité de pleurésie interlobaire qui se vide incomplètement peut rester indéfiniment infectée, elle peut également provoquer la sclérose du poumon et la bronchectasie. Un aussi funeste résultat ne serait plus à redouter aujourd'hui, car le traitement chirurgical appliqué à temps permettrait d'obtenir la guérison.

Telles peuvent être, Messieurs, les suites et les conséquences des pleurésies interlobaires abandonnées à elles-mêmes; il s'agit donc de savoir comment il faut les traiter, afin d'éviter les catastrophes dont je viens de vous parler. A mon sens, le traitement médical des pleurésies interlobaires est nul ou insignifiant. Notre rôle, à nous médecins, c'est de diagnostiquer la pleurésie interlobaire, c'est de suivre son évolution, c'est de discerner les cas où elle est spontanément curable par la vomique, c'est de décider l'opportunité de l'intervention chirurgicale, c'est enfin d'indiquer au chirurgien le lieu précis sur lequel doit porter l'opération. Notre rôle médical est encore, vous le voyez, considérable, et la pleurésie interlobaire est une de ces nombreuses maladies médico-chirurgicales où la vie des gens est entre nos mains. Il ne suffit pas, pendant la première phase du mal, de combattre la douleur, la toux et la dyspnée, au

moyen de potions calmantes, d'injections de morphine ou autres médications appropriées, il faut faire un bon diagnostic et, une fois la maladie dépistée, il faut savoir prendre à temps une décision.

Mais le diagnostic n'est pas ici chose facile, il s'en faut. La maladie débute par un point de côté, droit ou gauche, accompagné de fièvre, de toux et d'oppression; ce début est banal et commun à toutes les affections thoraciques, pneumonie, pleurésie, broncho-pneumonie, fluxion de poitrine. Les premiers jours se passent, laissant le diagnostic incertain et indécis; on éloigne, il est vrai, l'idée de pneumonie lobaire parce qu'il n'y a ni crachats rouillés, ni râles crépitants, ni souffle tubaire; on éloigne ou à peu près, l'idée de pleurésie parce qu'on ne constate ni frottements ni plus tard les signes habituels de l'épanchement. Et cependant on trouve à la percussion des régions qui n'ont pas leur sonorité normale; on constate à l'auscultation des râles, des frottements-râles, parfois même un souffle mal caractérisé, et on se rabat alors sur le diagnostic élastique de fluxion pleuro-pulmonaire, de pleuro-congestion. On sent bien cependant que là n'est pas la vérité et on espère toujours que quelques signes plus précis apparaissant les jours suivants permettront de localiser la lésion.

Cette indécision, aux premiers jours d'une pleurésie interlobaire, nous n'en sommes nullement fautifs, car, ainsi que je vous le disais, nous manquons d'éléments précis de diagnostic. Le foyer pleurétique profondément caché entre les lobes d'un poumon ne peut encore se révéler à nous par aucun symptôme; les lobes pulmonaires du voisinage, prenant leur part au processus congestif, attirent sur eux notre attention en provoquant souffle, râles et submatité. Ce n'est donc que plus tard, vers le huitième, dixième jour, que l'épanchement interlobaire devenu plus abondant entre en scène pour sa part; des signes nouveaux se dégagent au milieu des autres signes jusque-là indécis. Une zone plus mate tranche sur des zones voisines plus sonores; si la pleurésie interlobaire occupe la partie horizontale de la scissure, c'est en arrière, vers le tiers ou le milieu du poumon qu'on

perçoit une bande de matité, comme suspendue entre des régions plus sonores; si la pleurésie interlobaire occupe la partie descendante et oblique de la scissure, c'est dans l'aisselle qu'on perçoit la bande de matité ayant au-dessus et au-dessous d'elle des régions plus sonores.

Théoriquement, les ponctions exploratrices sembleraient pouvoir aider au diagnostic de la pleurésie interlobaire; une ponction aspiratrice pratiquée dans la région suspecte et ramenant le liquide purulent suffirait à lever tous les doutes et à préciser le diagnostic. C'est en effet un moyen qui a été souvent mis en usage; dans plusieurs des observations que je vous ai citées, on ne s'est pas privé de ponctions exploratrices; on en a même pratiqué jusqu'à six et huit sur le même sujet et le plus souvent en pure perte, sans rencontrer le foyer purulent. C'est qu'en effet les conditions sont bien différentes quand il s'agit de ponctionner une pleurésie purulente de la grande cavité pleurale ou une pleurésie interlobaire. Quand on ponctionne la grande cavité pleurale, l'aiguille aspiratrice, après avoir traversé les parois du thorax, entre d'emblée dans la collection liquide sans rencontrer le poumon sur son trajet. Il n'en est plus de même pour la pleurésie interlobaire; la collection, assez profondément située, est entourée d'une épaisseur de poumon plus ou moins considérable; et l'aiguille s'enfonce dans le poumon alors que l'on croyait pénétrer dans une collection liquide. Relisez les observations et vous voyez que malgré plusieurs ponctions faites à différentes hauteurs, on ne rencontre pas toujours, il s'en faut, le foyer purulent. Voilà pourquoi les ponctions aspiratrices, au cas de pleurésie interlobaire, ne donnent pas habituellement au diagnostic l'appoint qu'on pourrait espérer. L'épreuve radiographique est un moyen qui ne doit pas être négligé, il peut donner de précieux renseignements.

En somme, dans bien des cas, le diagnostic de la pleurésie interlobaire, soupçonné avant la vomique, ne s'impose vraiment que lorsque la vomique est effectuée. A ce moment du reste, les symptômes fournis par l'auscultation se transforment et la zone, qui était précédemment mate et presque

silencieuse, offre maintenant des signes cavitaires, souffle creux, gros râles et gargouillement.

Je n'en ai pas fini, Messieurs, avec les difficultés de diagnostic inhérentes à la pleurésie interlobaire. Veuillez écouter l'observation suivante, elle porte avec elle un grand enseignement. Un homme de cinquante-sept ans entra dans mon service le 25 novembre 1897, avec de la fièvre, de la toux et une expectoration à pneumocoque, légèrement fétide. Interrogé sur l'évolution de son mal, cet homme nous raconte qu'à la suite d'un refroidissement, il a été pris, il y a deux mois, de frisson violent avec claquement des dents et douleur au côté droit. A-t-il eu une pneumonie? Je l'ignore, car il n'a eu, dit-il, ni crachats rouges ni crachats teintés. Quoi qu'il en soit, la maladie continua avec fièvre, toux, douleur thoracique et expectoration sans caractères. Vingt-cinq jours environ après le début du mal, vers six heures du matin, cet homme eut la sensation que quelque chose se déchirait dans la poitrine, et il rendit en quelques heures, au milieu de quintes de toux angoissantes, 100 à 150 grammes de liquide purulent et fétide. Il venait de faire une vomique. Les jours suivants, la toux et l'expectoration continuèrent et, trois semaines après la vomique, le malade nous arrive fébricitant et maigri, rendant encore 150 grammes de pus par jour.

L'examen du malade nous donne une localisation très nette de la lésion. Nous trouvons au niveau de la scissure interlobaire horizontale, du côté droit, une zone de matité limitée au-dessus et au-dessous par des régions plus sonores. Au niveau de la zone mate, l'auscultation fait entendre des souffles et quelques râles. Nous n'hésitons pas sur le diagnostic et nous pensons que notre homme a vidé par vomique une pleurésie interlobaire. Devant la persistance de la fièvre et le mauvais état général du malade, je demande à M. Cazin, chef de clinique de M. Duplay, d'ouvrir la cavité infectée. L'opération fut pratiquée et on put alors se convaincre, que le foyer purulent qui siégeait dans les parages de la scissure interlobaire était, non pas un abcès interlobaire, mais

un abcès lobaire, un abcès du poumon, situé à la partie supérieure du lobe moyen au contact de la plèvre interlobaire.

Il faut lire l'admirable leçon que mon illustre maître Trousseau a consacrée au diagnostic des vomiques lobaires et interlobaires, pour se rendre compte de la difficulté du diagnostic¹. Ainsi que le dit Trousseau, les abcès du poumon, abcès lobaires, sont extrêmement rares; ce que quelques auteurs ont pris pour des abcès lobaires sont parfois des abcès interlobaires. En tout cas, qu'il s'agisse de vomiques consécutives à l'abcès lobaire ou à la pleurésie interlobaire, les indications du traitement sont identiques².

Arrivons au traitement de la pleurésie interlobaire. Ainsi que je vous l'ai déjà fait pressentir, le traitement médical est purement illusoire. Il y a là une cavité infectée, remplie d'un liquide qu'il faut évacuer. Dans les cas heureux, la vomique se charge d'évacuer ce foyer, et, en quelques semaines tous les symptômes disparaissent et la guérison est spontanément obtenue. Mais si la fièvre persiste, si les accidents d'infection continuent, n'attendez pas, préconisez l'intervention chirurgicale, limitez avec soin la région sur laquelle l'opérateur doit agir, et si l'opération est faite en temps voulu et suivant les règles de l'art, vous irez droit à un succès. Du reste, sur les huit malades dont je vous ai retracé l'histoire, je vous rappelle que cinq ont guéri et un est en voie de guérison; ce sont ceux qui ont été opérés; deux ont succombé, ce sont ceux qui n'ont pas été opérés.

Je termine cette leçon par les conclusions suivantes :

1° La pleurésie interlobaire est une pleurésie enkystée, purulente, qui se développe entre les lobes d'un poumon. Elle peut être consécutive à une pneumonie et mérite alors le titre de pleurésie métapneumonique, mais le plus souvent elle en est indépendante, du moins en apparence, et elle évolue à la façon d'une maladie primitive.

1. Trousseau. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*. Abcès pulmonaires, vomiques péripneumoniques, t. I, p. 758.

2. Tuffier. *Chirurgie du poumon*. Paris, 1897, p. 60.

2° Suivant que la pleurésie occupe l'espace interlobaire tout entier ou une partie de l'espace interlobaire, la quantité de liquide est fort différente. Il y a des petits abcès interlobaires qui ne contiennent qu'une cuillerée de pus, et il y a des pleurésies interlobaires qui contiennent un litre de pus et au delà. Entre ces deux extrêmes, il y a place pour tous les intermédiaires.

3° La pleurésie purulente interlobaire n'est presque jamais tuberculeuse; elle peut être sous la dépendance de différents microbes, néanmoins le pneumocoque en est l'agent pathogène le plus fréquent.

4° Pendant la première période, c'est-à-dire pendant huit à dix jours, les lobes pulmonaires qui avoisinent la cavité infectée attirent sur eux toute l'attention; ils se fluxionnent et subissent le voisinage de la *cavité close* interlobaire. La fièvre, le point de côté, la toux, l'oppression ouvrent la scène; à l'examen du thorax on constate une région de submatité diffuse, de la respiration soufflante, des râles sonores et muqueux, des frottements-râles; on se demande alors quelle est la part du poumon, quelle est la part de la plèvre, et la plus grande indécision règne sur le diagnostic.

5° A une phase plus avancée, l'épanchement devenant abondant, les signes se précisent et fournissent des renseignements plus exacts. Une zone mate et presque silencieuse à l'auscultation, se forme à la partie postérieure du thorax, vers sa partie moyenne, si la pleurésie interlobaire occupe la portion horizontale de la scissure; cette bande de matité suspendue descend dans l'aisselle et empiète en avant si la pleurésie interlobaire occupe la partie descendante et oblique de la scissure. Dans ce dernier cas, le cœur est dévié à droite, quoique l'espace de Traube ait conservé sa sonorité normale.

6° Au cours de la pleurésie interlobaire peuvent apparaître des hémoptysies abondantes et répétées, bien que le malade ne soit pas tuberculeux. Ces hémoptysies, que je propose de nommer hémoptysies interlobaires, surviennent avant ou après la vomique et sont dues à des ulcérations vasculaires de la paroi.

7° A une époque qui varie entre deux et plusieurs semaines, la vomique peut faire son apparition. Il est rare qu'elle fasse explosion sans s'être annoncée. Le plus souvent elle est précédée de quelques rares crachats fétides, précédés eux-mêmes, pendant un jour ou deux, d'une odeur de l'haleine qui témoigne que la fistule pleuro-bronchique est en voie de formation.

8° Dans quelques cas, la vomique est abondante et le malade rejette au milieu de quintes de toux violentes et angoissantes, plusieurs centaines de grammes de liquide purulent fétide.

9° Dans d'autres circonstances, le pus de la cavité interlobaire n'est pas rejeté sous forme de vomique abondante, il est fractionné et expulsé sous forme de crachats rappelant la bronchorrhée de la dilatation des bronches ou l'expectoration d'une bronchite fétide.

10° Si la vomique a été abondante, on constate habituellement, à l'auscultation, des signes cavitaires, souffle creux, gros râles, gargouillement.

11° En évacuant le foyer infectieux, la vomique peut provoquer la guérison spontanée de la pleurésie interlobaire. Mais si la fièvre et les symptômes d'infection persistent malgré l'évacuation du foyer (évacuation insuffisante), le traitement médical doit être abandonné, il ne sert qu'à faire perdre un temps précieux; il faut sans tarder s'adresser à l'intervention chirurgicale.

QUATRIÈME LEÇON

PERFORATION SYPHILITIQUE DE LA VOUTE PALATINE SYPHILIS NASO-BUCCALE

MESSIEURS,

Nous avons actuellement dans nos salles, plusieurs malades atteints de perforation syphilitique de la voûte palatine. Profitons-en pour étudier cet accident tertiaire de la vérole, qui doit être bien fréquent, si j'en juge d'après le nombre de gens qui viennent ici, « avec un trou dans la bouche », nous demander conseil.

Voici un premier malade que vous connaissez bien, pour l'avoir vu depuis deux mois dans notre service. Il a une vaste perforation syphilitique de la voûte palatine. C'est un homme de quarante-trois ans, qui est entré salle Saint-Christophe, le 28 février dernier. Il est parfaitement au courant de sa situation; il s'adresse à nous pour savoir s'il n'y aurait pas moyen d'enrayer « le mal qui le ronge » et s'il ne serait possible de remédier d'une façon ou d'une autre à son infirmité. Cet homme aurait eu la syphilis il y a une vingtaine d'années; il se rappelle avoir été soigné à Rennes pour des plaques muqueuses de la bouche et pour des céphalées nocturnes. Jusqu'en 1893, les accidents furent légers et passagers. Mais à cette époque apparut une rhinite syphili-