

aiguë fort douloureuse; la dyspnée est violente; l'auscultation fait constater la présence d'un épanchement abondant. Une ponction donne issue à 1.300 grammes d'un liquide purulent horriblement fétide. L'état du malade restant fort grave on pratique une nouvelle ponction et on retire 600 grammes de ce même liquide nauséabond. On fait alors la pleurotomie avec large résection costale; l'opération donne issue à un litre et demi de pus fétide, gangreneux, contenant des parcelles *sphacéliques* peu volumineuses. Ici encore il s'agit de pleurésie gangreneuse sans gangrène du poumon. Le malade, très amélioré, quitte l'hôpital ayant encore un trajet fistuleux¹.

Voilà trois cas de pleurésie gangreneuse sans gangrène du poumon; ce qui a permis d'exclure la gangrène pulmonaire, c'est que les malades n'en avaient ni les signes ni l'expectoration; le processus était limité à la plèvre.

Ces pleurésies gangreneuses évoluent à peu près comme les pleurésies putrides; habituellement elles débutent brusquement et elles provoquent aussitôt une douleur très vive et une dyspnée angoissante. La fièvre ne donne aucun renseignement positif; tantôt la température est très élevée, tantôt il y a hypothermie. L'état du malade est rapidement grave, la teinte terreuse des téguments, l'aspect typhoïde, la prostration, la sécheresse de la langue, la mauvaise qualité du pouls, l'albuminurie, témoignent de la gravité de la situation. La puanteur du liquide est extrême.

Outre les signes de l'épanchement, on constate ici comme dans les pleurésies putrides des formations gazeuses résultant de fermentations intra-pleurales. Ce pneumothorax fermé se traduit par les signes habituels que vous connaissez. Le petit malade de M. Comby eut des signes de pneumothorax qui vinrent s'ajouter aux signes de l'épanchement. Chez le malade de M. Rendu on percevait la succussion hippocratique, et un phlegmon gazeux du thorax se développa après l'opération.

Au point de vue du pronostic, l'adjonction de la gangrène

1. Observation de M. Barth rapportée dans le mémoire de M. Rendu.

marque une étape de plus dans la gravité des pleurésies putrides; mais, en réalité, ces deux variétés sont très voisines l'une de l'autre. Les mêmes agents aéro-anaérobies qui provoquent une pleurésie putride peuvent déterminer des lésions gangreneuses, soit sur le malade, soit sur des animaux en expérience; la *mortification* s'ajoute à la *putréfaction*. Dans une observation de M. Widal, la pleurésie putride n'était nullement gangreneuse, le fait a été constaté à l'autopsie; et, cependant, l'inoculation du liquide pleural à un cobaye « a reproduit chez ce cobaye un abcès gazeux gangreneux; l'animal mourut avec un sphacèle très étendu de la peau de l'abdomen et du thorax ». Dans l'observation de M. Rendu, la pleurésie fut étiquetée pleurésie putride, et, plus tard, comme sous l'influence d'une nouvelle poussée, on retira de la cavité thoracique un lambeau gangrené. Entre les pleurésies putrides et gangreneuses, la ligne de démarcation clinique n'est donc pas absolue, putréfaction et mortification pouvant évoluer parallèlement ou successivement.

L'extrême gravité et la marche rapide des pleurésies gangreneuses indiquent assez que l'intervention chirurgicale doit leur être appliquée sans aucun retard. Ici encore, des ponctions exploratrices précocement pratiquées donneront des renseignements utiles, mais là s'arrête le rôle de la ponction. Le traitement est celui des pleurésies putrides: thoracotomie et résections costales. Au moment de l'incision s'écoule du liquide sanieux, horriblement fétide, et on constate l'issue de lambeaux sphacelés qui témoignent de la nature gangreneuse de la pleurésie.

Je n'insiste pas sur la flore microbienne de ces pleurésies gangreneuses; c'est la flore des pleurésies putrides: flore aérobie et surtout anaérobie des plus riches et des plus variées. Quant à en tirer quelques déductions, ce serait prématuré, car cette étude bactériologique, malgré des travaux récents, n'est pas encore élucidée.

Je viens de vous parler des pleurésies gangreneuses sans gangrène du poumon. Il me reste encore à vous dire quelques

mots des cas où la gangrène du poumon précède ou accompagne la pleurésie gangreneuse. Je n'insisterai pas longtemps sur ces faits, car ce serait vous retracer la gangrène du poumon, et tel n'est pas le but de ces leçons. Cependant, il y a des cas où la gangrène du poumon et celle de la plèvre sont si intimement associées, que je ne peux les passer entièrement sous silence; l'observation suivante vous en donnera une idée.

Le 30 avril 1901, je voyais en consultation avec M. Lereboullet un enfant de onze ans qui était alité depuis une quinzaine de jours. La maladie avait débuté brusquement sous forme de fluxion pleuro-pulmonaire douloureuse du côté gauche. L'enfant toussait et avait la fièvre, mais les renseignements donnés par la percussion et par l'auscultation n'avaient dès le début de la maladie rien de précis. Matité, râles disséminés et respiration soufflante, existaient à la moitié supérieure du poumon gauche, en arrière et en avant; mais ces signes se déplaçaient du jour au lendemain, ce qui ne permettait pas de porter un diagnostic ferme. Ce n'était ni une pneumonie, ni une broncho-pneumonie, ni une pleurésie interlobaire, c'était autre chose. Sur ces entrefaites, l'haleine et l'expectoration devinrent fétides, et l'enfant eut, non pas une vomique pleurale, mais des crachats muco-purulents infects; la toux devint plus fréquente, et la dyspnée augmenta.

Il fut alors évident que le petit malade avait une gangrène pulmonaire du lobe supérieur gauche. On ne voyait pas trop les causes de cette gangrène; peut-être pouvait-on incriminer l'ablation de végétations adénoïdes pratiquée cependant dans les meilleures conditions possibles quelques jours avant le début de la maladie. Les recherches de M. Martin du Magny, que je vous citais il y a un instant, seraient favorables à cette hypothèse.

Quoi qu'il en soit, quand je fus appelé auprès du malade, je constatai, comme M. Lereboullet, une lésion gangreneuse du lobe supérieur du poumon gauche. De plus, la ligne de matité descendait en arrière dans la direction de la scissure interlobaire et se prolongeait dans l'aisselle; la sonorité

reparaissait au-dessus. La fièvre était vive, jour et nuit l'agitation était continuelle; l'enfant, extrêmement inquiet, toussait sans cesse, mais l'appétit était conservé et les urines étaient normales.

En face d'une pareille situation les moyens médicaux étaient impuissants et l'intervention chirurgicale s'imposait. Afin de préciser plus nettement le siège de la lésion, nous eûmes recours à la radiographie, mais la belle épreuve fournie par M. Lacaille n'ajouta rien à ce que nous savions déjà. M. Tuffier fut mandé en consultation et l'opération fut décidée pour le lendemain matin, 5 mai.

En arrivant auprès du petit malade, nous trouvâmes la situation très empirée; la nuit avait été des plus mauvaises, la fièvre était élevée, la dyspnée avait augmenté, l'agitation était incessante, nous dûmes attendre que l'enfant fût sous le chloroforme pour pratiquer notre dernier examen et pour limiter nettement le lieu précis de l'opération. Quelle ne fut pas notre surprise de trouver un changement notable des signes fournis par la percussion! En deux points en avant et en arrière une sonorité exagérée avait remplacé la matité des jours précédents. L'opération fut pratiquée dans la région mate qui nous paraissait correspondre le mieux à la lésion, l'incision partant de la région sous-claviculaire gauche et descendant jusque dans l'aisselle.

C'est bien là, en effet, qu'était la lésion. Après résection costale, le poumon fut incisé et M. Tuffier, dans son exploration, découvrit deux foyers: une cavité gangreneuse du poumon et une pleurésie gangreneuse interlobaire enkystée. La plaie donna issue à 150 ou 200 grammes de liquide sanieux, horriblement fétide, mélangé de gaz, et à plusieurs lambeaux énormes, noirâtres et infects de poumon sphacélé. Nous avons maintenant l'explication des changements survenus brusquement dans les résultats de la percussion. La formation de gaz dans la cavité putride interlobaire avait déterminé un petit pneumothorax partiel profondément situé, et aussitôt les conditions de percussion s'étaient modifiées.

Je viens de vous dire que nous avons recueilli d'énormes

lambeaux du poumon sphacélé. C'était bien le poumon et non pas de simples membranes, ainsi que le prouve l'examen suivant fait au laboratoire de la clinique par M. Jolly : sur des coupes de ce tissu sphacélé on voit un tissu aréolaire dont les aréoles sont limitées par des travées conjonctives. Comme forme, dimension et disposition, ces aréoles rappellent absolument une coupe du poumon. Les travées qui les séparent sont constituées par un tissu fibrillaire très altéré, dans lequel on reconnaît des fibres élastiques. Dans les travées on distingue des parties plus foncées, moniliformes, constituées par du pigment sanguin, et qui correspondent évidemment à des capillaires gorgés de globules rouges. En certains points de la coupe le tissu aréolaire est remplacé par du tissu conjonctif compact dans lequel on voit des amas de pigment noir. Tout le tissu est fortement altéré, infiltré de granulations graisseuses, de microorganismes, et prend très mal les matières colorantes.

Les jours qui suivirent l'opération, l'amélioration fut notable; la suppression du foyer pleuro-pulmonaire infectant fut suivie d'un bien-être relatif et les symptômes s'amendèrent. La plaie pulmonaire avait le meilleur aspect, les derniers lambeaux gangrenés étaient éliminés, la puanteur avait disparu, l'état général se modifiait, nous eûmes un moment l'espoir, je dirai presque la certitude, que cet enfant allait guérir. Soudain survint une complication cérébrale mortelle; le petit malade fut pris d'une série de convulsions épileptiformes suivies de coma, et il succomba.

Bien que cette observation sorte un peu du sujet de ces leçons, je vous en ai fait part pour ne rien omettre des modalités diverses que peut revêtir la pleurésie gangreneuse.

Telle est, messieurs, l'histoire des pleurésies fétides, putrides et gangreneuses réunies sous la dénomination commune de pleurésies *ozéneuses*, pleurésies qui *sentent mauvais*. Je vous ai démontré, exemples en mains, que chacune de ces modalités conserve cliniquement son autonomie; une pleurésie peut n'être que fétide et nullement putride, ce qui est bien différent; une pleurésie peut être putride sans être

gangreneuse. Il ne faut donc pas, par abus de langage, appeler fétide une pleurésie qui est putride et qualifier de putride une pleurésie qui n'est que fétide. Ce n'est pas seulement une question de mots, c'est une question de nosologie et de pronostic, les pleurésies fétide, putride et gangreneuse formant une échelle croissante de gravité, suivant la nature des toxines résorbées.

La puanteur du liquide pleural est le seul signe commun à ces trois variétés; il nous est révélé par la ponction exploratrice. Ne négligez donc pas cette ponction exploratrice et faites-la précoce; elle donne à tous les points de vue des renseignements précieux. Aussitôt la puanteur du liquide constatée, adressez-vous à l'intervention chirurgicale et ne perdez pas un temps précieux. C'est par là que je termine.

BIBLIOTECA
BIBLIOTECA
FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA