

SEPTIÈME LEÇON

EMPYÈME PULSATILE

GUÉRI PAR INTERVENTION CHIRURGICALE

MESSIEURS,

Le 27 décembre 1897, entrant dans notre salle Saint-Christophe, n° 18, un garçon de vingt-sept ans, exerçant la profession de cartonnier. Cet homme était atteint de pneumonie lobaire occupant la partie moyenne du poumon gauche. Sa pneumonie avait éclaté l'avant-veille de Noël, le jeudi 23 décembre. A huit heures du soir, en sortant du café, il avait été pris d'un frisson violent. Rentré chez lui, il se couche, il se couvre fortement sans pouvoir se réchauffer, il grelotte, il dort mal et passe une nuit fort agitée. Le lendemain la fièvre est vive, les sueurs sont abondantes, la soif est ardente et une forte douleur apparaît à l'épaule gauche; les mouvements sont aussi douloureux que s'il s'agissait d'une arthrite aiguë. Bientôt la douleur envahit le thorax et un vrai point de côté éclate sous le sein gauche. A dater de ce moment la respiration devient anxieuse et pénible, la toux se déclare, suivie de quelques crachats blanchâtres et gluants. C'est le samedi, troisième jour de la maladie, que l'expectoration prend la teinte sucre d'orge, croûte de pain doré, suivant l'expression du malade.

Dès ce moment, les symptômes de la pneumonie : fièvre, douleur, toux, dyspnée et expectoration, sont au complet; quelques vésicules d'herpès apparaissent à la lèvre inférieure. Le lundi, cinquième jour de la maladie, cet homme entre dans nos salles avec une température voisine de 40 degrés. Le mardi, à la visite du matin, je constate tous les signes d'une pneumonie lobaire classique. La matité est nettement limitée en arrière à la partie moyenne du poumon gauche; les vibrations thoraciques sont accrues. L'auscultation fait percevoir à la même région un souffle tubaire auquel s'associent des râles crépitants et sous-crépitaux. Au dessous du bloc pulmonaire hépatisé, on entend quelques frottements pleuraux. Des râles de bronchite existent un peu partout, du côté droit plus que du côté gauche. Le pouls est à 104, il y a 40 respirations par minute, preuve que la dyspnée est intense; les urines sont rouges, rares, légèrement albumineuses, mais sans globules rouges. L'hématurie pneumonique, si bien étudiée par M. Caussade<sup>1</sup>, fait défaut. Les crachats sont fortement rouillés, visqueux, adhérents au vase; l'examen bactériologique y décèle le pneumocoque en quantité, sans adjonction d'autres microbes.

Le diagnostic était donc simple et facile : cet homme était atteint de pneumonie lobaire de la partie moyenne du poumon gauche avec participation de la plèvre et légère bronchite disséminée. Les ventouses, l'antipyrine, la potion de Todd, les boissons lactées abondantes formèrent l'ensemble du traitement. Tout faisait présager un pronostic favorable; l'état général était bon, la dyspnée était de moyenne intensité, le point de côté avait perdu sa vivacité, le pouls était ample et régulier, l'auscultation cardiaque ne laissait rien à désirer, le foie fonctionnait bien, le malade n'avait point de délire, en un mot aucune complication n'apparaissait à l'horizon. Le septième jour de la maladie, il se fit vers le soir une exaspération passagère de quelques symptômes, la fièvre fut plus vive, la dyspnée plus forte, mais le lendemain et le surlendemain, ces symptômes s'apai-

1. Caussade. Néphrite pneumonique, *Thèse de Paris*, 1890.

sèrent, et la température tomba de 40°,5 à 38 degrés, comme si la défervescence s'annonçait, ce qui était fort naturel, étant donné que nous arrivions au huitième jour de la pneumonie. Dès ce moment, tout semble annoncer la guérison, le malade se sent amélioré; la douleur a disparu, la toux a diminué, les crachats ne sont presque plus teintés, la respiration est beaucoup plus libre. A l'auscultation, on constate que le souffle tubaire a perdu son intensité et de gros râles de retour apparaissent dans le poumon devenu perméable à l'air. Les frottements pleuraux persistent et se confondent en partie avec les râles.

Étant donnée la situation, on peut dire que la pneumonie était bien près de se terminer en tant que pneumonie aiguë, mais nous attendons vainement les signes de guérison, la défervescence reste incomplète ainsi que vous pouvez le constater sur la courbe de température, la fièvre persiste et la convalescence ne s'établit pas. Alors, à la phase pneumonique fait suite une nouvelle phase *subintrante* dont les signes sont pendant quelque temps mal caractérisés. Le malade est fébricitant, frissonnant, il a des transpirations nocturnes, il est sans forces, sans appétit, il maigrit et prend peu à peu les apparences d'un tuberculeux. Pendant une douzaine de jours, les signes d'auscultation et de percussion s'immobilisent comme si la pneumonie tournait à la pneumonie tuberculo-caséuse; la respiration est toujours soufflante et les râles ne disparaissent pas; ces râles prennent même par places le caractère gargouillant des râles cavernuleux et caverneux. L'idée d'une pneumonie tuberculeuse vient naturellement à l'esprit et cependant l'expectoration, plusieurs fois examinée, ne contient pas de bacilles de Koch. La matité se prononce peu à peu à la base gauche du thorax, puis dans l'aisselle du même côté. Dans ces mêmes régions, la respiration normale s'éteint et les vibrations thoraciques disparaissent; il est évident qu'un épanchement pleural est en formation et il est bien difficile, au milieu de tous ces signes bâtards ou incomplets, de démêler quelle est la part du poumon et la part de la plèvre. Le malade est toujours dyspnéique; quelques jours

plus tard les signes pleurétiques se dégagent plus nettement et le cœur se dévie à droite. Bien qu'il n'y ait aucun œdème de la paroi thoracique, il est probable que l'épanchement pleural est purulent.

Pendant qu'on était à discuter la décision à prendre au sujet du traitement, survient un nouvel épisode: le 24 janvier, le malade éprouve à la partie supérieure du thorax, à gauche, au niveau des troisième et quatrième côtes près du sternum, une vive douleur accrue par les saccades de toux. On ne constate rien à la vue, mais, à la pression, les côtes sont aussi douloureuses que si elles étaient atteintes d'ostéite aiguë. Il suffit de toucher la côte ou l'espace intercostal pour provoquer les plus vives douleurs. On arrive à calmer ces souffrances au moyen de piqûres de morphine et de pansements émollients humides continuellement renouvelés. Le 28 janvier, quatrième jour après le début de la douleur, une tuméfaction apparaît dans cette région. La tuméfaction, nettement limitée, donne une sensation d'empatement et s'accuse sous forme de tumeur saillante, fluctuante, ovale, de la dimension de la paume de la main. Cette tumeur devient *pulsatile* et expansive; elle est soulevée par des battements isochromes à la systole cardiaque; on dirait un gros anévrisme de l'aorte développé dans le voisinage du sternum, au niveau des premiers espaces intercostaux. A l'auscultation de cette tumeur, on ne perçoit ni souffle, ni claquements.

Pendant que la tumeur pulsatile bombait ainsi à l'extérieur, l'épanchement pleural faisait des progrès, le cœur se déviait à droite du sternum, et la matité remplaçait la sonorité normale de l'espace de Traube. Tout le diagnostic se déroulait maintenant avec netteté; il était évident que nous étions en face d'un *empyème pulsatile* consécutif à une pleurésie purulente métapneumonique. Je pratiquai une ponction en pleine poche pulsatile et je retirai un pus crémeux, bien lié, du pus pneumococcique. L'examen bactériologique y décéla du pneumocoque en abondance sans adjonction d'aucun autre microbe; les cultures donnèrent le même résultat et l'inoculation à la souris démontra que ce pus n'était pas doué d'une bien forte virulence. C'était bien là un type d'empyème pul-

satile, avec formation de tumeur extérieure; la collection purulente pleurale s'était fait jour à travers un espace intercostal et était venue faire saillie à la partie supérieure du thorax.

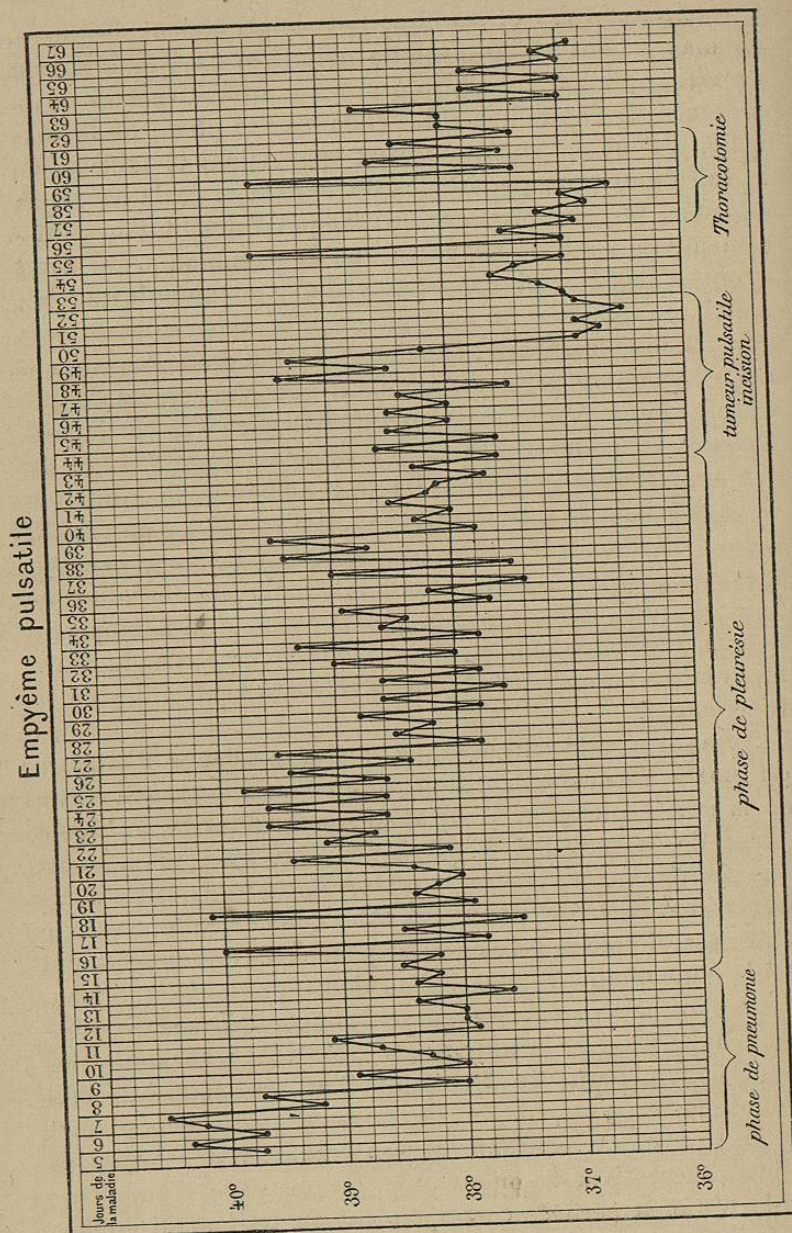
Jetons maintenant un coup d'œil d'ensemble sur l'évolution de cette maladie; on peut la diviser en trois périodes: phase pneumonique, phase pleurétique et phase d'empyème pulsatile. La phase pneumonique a été franche et classique: frisson du début, point de côté, crachats rouillés, râles crépitants, souffle tubaire, température à 40°, ébauche de défervescence, râles de retour, rien n'y manque; mais au moment où tout faisait supposer que la pneumonie allait guérir, elle cède le pas à la pleurésie qui insidieusement se dérobe pendant quelque temps à nos moyens d'investigation, défigurée qu'elle était, par la pneumonie immobilisée dans son hépatisation. Je vous rappelle qu'il est d'usage de classer en deux catégories les pleurésies qui succèdent à la pneumonie; la pleurésie est dite métapneumonique quand elle survient plusieurs jours ou plusieurs semaines après la pneumonie, la pneumonie étant complètement guérie. La pleurésie est dite parapneumonique<sup>1</sup>, lorsqu'elle évolue en même temps que la pneumonie, avant que la pneumonie soit terminée. Chez notre homme, la plèvre avait été touchée dès le début de la maladie, témoin les frottements pleuraux, contemporains des râles crépitants et du souffle tubaire; mais à ce moment-là il ne s'agissait encore que de pleurésie sèche; c'est plus tard, après la pneumonie, que l'épanchement purulent a débuté.

La pneumonie n'avait même pas terminé sa défervescence que déjà la fièvre pleurétique s'installait. Le bloc densifié du poumon hépatisé persistait encore au moment de la formation du liquide purulent. Aussi y eut-il conflit entre les signes de la pneumonie à son déclin et les signes de l'épanchement pleural à sa naissance; le poumon encore hépatisé ne se laissait pas aplatir par l'épanchement. De là une réelle difficulté dans l'interprétation des signes: matité, vibrations

1. Lemoine, *Semaine médicale*, 11 janvier 1893.

thoraciques, râles et souffles. Ces signes étaient défigurés, ils manquaient absolument de netteté et c'est la déviation du cœur qui fut vraiment le premier indice certain de la présence de l'épanchement. Pendant cette phase de la maladie, les symptômes généraux rappelaient le tableau de la tuberculose; la persistance de la toux et de la fièvre, la dyspnée, les transpirations, le manque d'appétit, l'amaigrissement, tout faisait supposer que la pneumonie qui avait évolué d'abord avec les apparences d'une pneumonie franche, n'était en somme qu'une pneumonie tuberculeuse avec adjonction de pleurésie; l'ancienne « pneumonie caséuse ». Cette hypothèse paraissait d'autant plus vraisemblable que certains jours l'auscultation faisait entendre à la partie postérieure du poumon des râles à timbre gargouillant et du souffle à timbre cavitaire. De là à admettre la formation de cavités dans le poumon caséux, il n'y avait qu'un pas. Et cependant le malade n'expectorait presque pas, ce qui cadrait mal avec l'hypothèse d'une fonte tuberculo-caséuse du poumon; de plus, nous n'avions jamais constaté ni hémoptysie ni crachats hémoptoïques; et enfin dans les crachats plusieurs fois examinés, on n'avait jamais constaté les bacilles de la tuberculose.

Après être resté cantonné aux parties inférieure et latérale du thorax, l'épanchement finit par envahir une grande partie de la cavité pleurale. C'est alors que survint la troisième phase de la maladie. Pendant deux ou trois jours, avant que rien fût encore visible, le malade éprouva de telles souffrances au niveau des premières côtes que l'idée d'une ostéite vint naturellement à l'esprit; et pour ceux qui supposaient cet homme atteint de tuberculose pleuro-pulmonaire, l'hypothèse d'une ostéite tuberculeuse venait confirmer le diagnostic. L'apparition de la tumeur pulsatile vint lever toutes les hésitations et permettre de rétablir d'un seul coup les différentes étapes de la maladie. La courbe ci-jointe vous permet de juger de la maladie dans son ensemble: vous y voyez les phases successives de pneumonie, de pleurésie, d'empyème pulsatile et la période correspondant au traitement dont je vais maintenant vous parler.



Aussitôt l'apparition de l'empyème pulsatile, ma résolution fut prise relativement au traitement; c'était à la chirurgie d'intervenir. Le pus étant pneumococcique et les pleurésies purulentes à pneumocoques étant plus facilement curables que les autres, on se demanda si une simple incision ne suffirait pas et si on ne pourrait pas ainsi tenter la guérison avant d'en arriver à l'opération de l'empyème avec résections costales. On se contenta donc de l'incision. M. Cazin, après avoir anesthésié la peau à la cocaïne, incisa la tumeur pulsatile sur une longueur de huit centimètres en suivant le troisième espace intercostal. L'incision donna issue à un flot de pus crémeux et verdâtre et l'air s'engouffra dans la plèvre. L'opérateur introduisit son index dans la plaie et rencontra un orifice circulaire siégeant dans le troisième espace intercostal et faisant communiquer la poche extérieure avec la cavité pleurale. Les côtes étaient saines. On put vider l'épanchement purulent pleural en inclinant fortement le malade sur le côté gauche. La quantité de pus ainsi retiré fut évaluée à un litre et demi. On fit un lavage à l'eau boriquée, on laissa un gros drain dans l'orifice et on appliqua un pansement iodoformé.

Les suites de l'opération furent tellement satisfaisantes qu'on put croire un instant que cette simple incision serait un succès thérapeutique. Le jour même de l'opération, la température tombe à 37°, la dyspnée disparaît, il n'y a plus de sueurs. C'est la première fois depuis cette longue maladie, que l'apyrexie est complète; c'est la première fois que le malade éprouve un réel bien-être. Toute la journée, la toux projetée du pus dans le pansement. Les jours suivants, 11, 12 et 13 février, la situation est excellente, la fièvre ne reparait pas et l'appétit qui était totalement perdu depuis six semaines est revenu au point que le malade mange quatre degrés. Mais les jours suivants, 14, 15 et 16 février, on perd tout le bénéfice des journées précédentes, la température remonte et avoisine 40°; l'appétit se perd, les transpirations reparaisent, la mine du malade devient mauvaise; il est évident que l'infection s'exalte de nouveau dans les clapiers purulents de la plèvre. Une grande opération est alors décidée

BIBLIOTECA

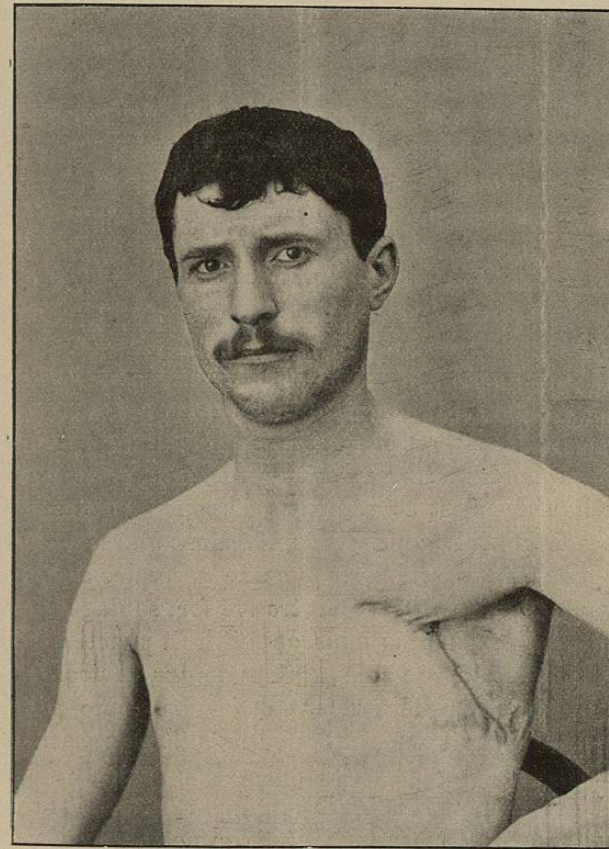
et M. Duplay est d'avis qu'il faut pratiquer la résection de cinq côtes pour ouvrir largement la cavité thoracique.

M. Cazin introduit d'abord une sonde cannelée par la plaie intercostale pour explorer la cavité pleurale et pour se renseigner sur la direction que doit prendre l'incision des tissus. En dedans et en haut, la sonde rencontre le poumon, le passage n'est libre qu'en dehors et en bas, trajet qui conduit la sonde jusqu'à la ligne axillaire. La sonde maintenue en place dans cette position sert de guide à l'opérateur. M. Cazin pratique alors un large volet au moyen de deux incisions : la première incision, très longue et oblique en bas et en dehors, part du troisième espace intercostal et va jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate. Du milieu de cette première incision et perpendiculaire à elle, on pratique une deuxième incision, de façon à rabattre deux énormes lambeaux.

La grande surface ainsi mise à nu permet de réséquer les troisième, quatrième, cinquième, sixième et septième côtes sur une longueur variable. C'est sur la cinquième côte que porte la plus longue résection ; les autres résections diminuent graduellement d'importance pour les deux côtes qui sont au-dessus et pour les deux côtes qui sont au-dessous. Par cette énorme ouverture qui a la forme d'un losange, on explore la cavité thoracique. Le poumon est refoulé et immobilisé vers la gouttière vertébrale, il n'a certainement pas le quart de son volume normal. On draine largement la cavité pleurale ; tous les jours on pratique des lavages au sublimé à 1/2000, suivis de lavages à l'eau boriquée. On fait journellement une injection sous-cutanée de 400 grammes de sérum, on alimente le malade aussi bien que possible, on prescrit du jus de viande et du champagne glacé. Pendant plusieurs semaines, la situation reste sensiblement la même, fort précaire ; l'appétit est presque nul, le malade est très faible, on redoute les infections secondaires de cette grande cavité. Un jour même, une hémorragie se fait dans la plaie intra-thoracique. Cependant, peu à peu l'amélioration se dessine, le malade commence à se lever, l'appétit reparait, les forces reviennent, et après cette lutte prolongée, cet

homme est aujourd'hui complètement guéri, respirant à son aise comme par le passé, et ayant retrouvé, dit-il, toutes ses forces, son embonpoint normal et l'intégrité de sa santé.

Le voici, je l'ai fait venir à l'amphithéâtre afin que vous puissiez juger l'importance du résultat obtenu. O la belle opération ! Veuillez remarquer que malgré un aussi grand délabrement, la poitrine a presque récupéré sa forme normale, les muscles thoraciques et scapulaires ne sont pas atrophiés.



Mettons en parallèle l'observation précédente et l'observa-