

vation d'un autre malade couché au n° 4 de notre salle Saint-Christophe ; ici aussi il s'agit d'un empyème pulsatile, mais survenu, vous allez le voir, dans des conditions tout à fait différentes. A son arrivée dans le service, ce malade fait aux élèves la réponse suivante : « Je viens me faire soigner parce que j'ai de l'eau dans le côté gauche de la poitrine ; il est facile de vous en rendre compte, je n'ai qu'à me secouer un peu fort et vous allez entendre un bruit comparable au bruit que fait de l'eau agitée dans une carafe. » Et, en effet, imprimant à son thorax de brusques mouvements de latéralité, on put percevoir à distance le bruit caractéristique de la succussion hypocratique ; cet homme avait dans sa cavité pleurale du liquide et de l'air.

Il nous raconte alors que sa maladie a débuté assez brusquement en pleine santé. Le 20 octobre 1897, il fut pris de fièvre avec dyspnée et point de côté violent à gauche. Pendant huit jours, il dut garder le lit, les symptômes ne faisant qu'empirer. Il n'eut pendant cette période aucune expectoration. Alors il entre à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Duguet, qui constate un grand épanchement pleural gauche et qui pratique la ponction. Le liquide retiré était verdâtre, peu transparent, ressemblant à de l'absinthe, dit le malade. Après l'évacuation du liquide (on avait retiré deux litres de pus), on percevait tous les signes d'un pneumothorax. Le pneumothorax avait-il précédé ou suivi la formation du liquide, c'est ce que nous n'avons pas pu savoir. Le liquide se reproduit rapidement, et quinze jours après la première ponction, on en pratique une seconde, réclamée du reste par le malade, qui s'était trouvé fort soulagé de la première opération. En cinq mois, on fait huit ponctions, chaque ponction donnant issue à deux litres de pus environ.

Des injections modificatrices de teinture d'iode, pratiquées dans la plèvre, ne donnèrent aucun résultat appréciable tant au point de vue de la quantité que de la qualité de l'épanchement. L'état général déclinait peu à peu, l'appétit se perdait et le malade avait perdu 7 kilogrammes de son poids. Il quitta l'hôpital Lariboisière le 20 avril.

Muni de ces renseignements, nous examinons cet homme :

il est pâle et amaigri, affaibli et dyspnéique. La moitié inférieure gauche du thorax est élargie, les dernières côtes restent immobiles pendant la respiration. Dans toute cette région et même au-dessus, la matité est absolue et les vibrations thoraciques sont abolies ; à l'auscultation, silence complet, pas de respiration, pas de râles, pas de souffle. On ne commence à percevoir un souffle doux et voilé qu'en remontant vers le milieu du thorax ; la sonorité à la percussion ne reparait qu'au tiers supérieur de la poitrine. En aucun point, on ne perçoit ni souffle amphorique, ni tintement métallique et si l'on n'avait soin de secouer le malade pour produire le bruit caractéristique de succussion hypocratique, on considérerait le malade comme atteint de pleurésie et on passerait à côté du pneumothorax sans le découvrir. Il est difficile d'évaluer la quantité du liquide épanché dans la plèvre, la présence de gaz modifiant les signes habituels de l'épanchement, cependant le cœur est dévié vers la droite du sternum, la sonorité normale de l'espace de Traube est remplacée par de la matité, ce qui fait préjuger un épanchement assez considérable. Le poumon droit est sain ; la percussion et l'auscultation n'y révèlent rien d'anormal. Dans les crachats fort rares qu'expectore le malade, il n'y a pas de bacilles de Koch, l'examen plusieurs fois répété a toujours été négatif ; on n'y trouve que quelques cocci et de rares streptocoques. Il se peut que cet homme soit tuberculeux, mais rien ne justifie complètement cette hypothèse. Le foie est normal ; les urines ne contiennent pas d'albumine. L'appétit est ordinaire, les fonctions digestives sont régulières ; il n'y a pas de diarrhée.

En somme, le malade est atteint de pyopneumothorax gauche, avec peu d'air et beaucoup de liquide. Quelle est la nature de ce pneumothorax, quelle en est la cause ? Il était fort difficile de répondre à cette question, on ne sait même pas à quel moment s'est fait le pneumothorax. D'après le récit du malade c'est la pleurésie qui aurait débuté et ce n'est qu'après l'évacuation du liquide qu'on se serait aperçu du pneumothorax. Rien n'autorise à affirmer la tuberculose pulmonaire et cependant j'inclinerais volontiers

vers cette hypothèse. Pour motiver ces craintes, laissez-moi vous rappeler ce que je vous disais récemment relativement à la pathogénie du pneumothorax : Le pneumothorax peut survenir de différentes façons ; voici trois de ses principales causes : Sous l'influence d'un violent effort survient une rupture des vésicules pulmonaires et le pneumothorax éclate aussitôt ; un individu fait un effort, soulève un fardeau, sonne du clairon et brusquement un pneumothorax se déclare ; c'est le pneumothorax par effort, ce qui n'est pas le cas pour notre malade. Il y a un pneumothorax consécutif à la vomique pleurale ; un individu a une pleurésie purulente ; dans le cours de cette pleurésie, une ouverture se fait dans les bronches, une vomique se déclare, le pus est évacué au dehors, l'air pénètre dans la cavité pleurale par l'ouverture pleuro-pulmonaire et le pneumothorax est constitué ; ce n'était pas non plus le cas pour notre malade. Enfin, il y a le pneumothorax tuberculeux, survenant dans le cours d'une tuberculose confirmée, ou apparaissant comme signe initial et révélateur d'une tuberculose pulmonaire limitée et jusque-là latente. Cette dernière variété est la plus fréquente, et je ne serais nullement surpris que notre homme fût atteint de cette forme de pneumothorax tuberculeux auquel s'est associée une pleurésie purulente.

Quoi qu'il en soit, les jours qui suivent l'entrée du malade à l'hôpital, nous assistons à l'accroissement de l'épanchement. A mesure que le liquide augmente dans la plèvre, le bruit de succussion s'atténue ; la dyspnée augmente, la matité occupe les deux tiers de la poitrine sans qu'il y ait toutefois œdème des parois, et le malade réclame lui-même la ponction. Le 8 mai, je fais évacuer un litre de liquide avec l'aiguille n° 3 de l'aspirateur, introduite en arrière dans le septième espace intercostal. Le pus qu'on retire est épais, verdâtre, bien lié, absolument sans odeur, et tout à fait semblable à du pus pneumococcique ; mais l'examen microscopique extemporané et les cultures établissent l'absence du pneumocoque et démontrent la présence exclusive du streptocoque en petite quantité. Je fais expérimenter ce streptocoque au point de vue de sa virulence ; un lapin à qui

on a injecté 5 centimètres cubes n'éprouve que quelques phénomènes réactionnels et se rétablit complètement ; ce streptocoque est donc peu virulent. L'inoculation aux cobayes a été négative au point de vue de la tuberculose.

Le malade se trouve très amélioré par la ponction, comme il l'a été après chacune des ponctions précédentes. Il respire de nouveau sans trop de difficulté, il se lève, se promène dans la salle et mange d'assez bon appétit, faisant entendre à qui veut son bruit de glou-glou. Progressivement le liquide se reforme, tous les signes du grand épanchement reparaissent : élargissement de la base du thorax, matité, dyspnée, perte de l'appétit. Un nouvel épisode allait surgir.

Le 23 mai au matin, le malade se plaint de ne pouvoir se coucher sur le côté gauche tant les côtes sont douloureuses. Nous le faisons asseoir sur son lit, nous examinons la partie latérale gauche du thorax, et au niveau des neuvième et dixième espaces intercostaux, nous constatons une petite saillie régulièrement arrondie, du volume d'une noix, qui fait comme hernie sur la base dilatée du thorax. Cette saillie n'est pas spontanément douloureuse, mais lorsqu'on la comprime un peu fortement, on détermine une douleur profonde qui se répercute jusque dans l'épaule. La pression, la palpation l'auscultation de cette région sont également très douloureuses. Notre première idée, c'est que l'épanchement purulent pleural va se faire jour à travers un espace intercostal. Le lendemain, cette tumeur s'est étalée, elle remonte jusqu'au huitième espace intercostal ; elle est rénitente sans être fluctuante. Quand on l'examine à jour frisant, on voit qu'elle est animée de légers battements, elle est pulsatile ; on perçoit également des battements en posant légèrement la paume de la main à la surface de la tumeur. Il ne peut y avoir dès lors aucun doute sur le diagnostic, ce malade est atteint d'*empyème pulsatile*.

Les jours suivants la tumeur augmente et s'étale, les battements deviennent très nets à la vue, à la palpation et à l'auscultation. La tumeur est pulsatile, mais pas expansive ; elle n'est pas réductible ; il est vrai que la pression étant fort douloureuse on évite de la prolonger outre

mesure. Je fais pratiquer une ponction aspiratrice dans le sixième espace intercostal, au-dessus de la tumeur pulsatile, et, à mesure que se fait l'évacuation du pus, la tumeur diminue et s'affaisse, ce qui prouve qu'elle communique bien avec la cavité pleurale. Le lendemain, par une nouvelle ponction, on retire encore deux litres de liquide ayant toujours le même caractère de pus homogène, verdâtre, sans odeur. A la suite de cette nouvelle évacuation, la tumeur pulsatile disparaît, et, à sa place, on peut sentir un élargissement notable du neuvième espace intercostal. Après quelques jours d'accalmie le liquide se reforme et la tumeur reparait avec ses caractères pulsatiles.

Dès l'arrivée de ce malade dans mon service, je m'étais demandé si on ne pourrait pas recourir à l'intervention chirurgicale; je me disais que cette vieille pleurésie purulente streptococcique ne pourrait pas guérir par de simples ponctions; je craignais que cette grande cavité pleurale, jusqu'alors peu infectée, ne devînt un jour ou l'autre un foyer d'infection secondaire redoutable. Mais le malade ne voulait pas entendre parler d'opération, les ponctions lui suffisaient et il eût quitté l'hôpital si j'avais essayé de le pressurer davantage. J'ajouterai même qu'après mûre réflexion, je n'avais qu'une confiance médiocre dans les résultats d'une opération qui aurait été faite, somme toute, dans d'assez mauvaises conditions; la maladie datait de sept mois et demi, le poumon devait être réduit à l'état de moignon carnifié, adhérent, entouré d'épaisses membranes et incapable de reprendre ses fonctions. Comment arriver alors, même en enlevant un grand nombre de côtes, à combler cette immense cavité et si le malade était tuberculeux, ce qui me paraissait fort probable, comment son économie ferait-elle les frais d'un pareil délabrement? Évidemment le plus sage était de s'abstenir; du reste, le malade rendait notre décision facile car il ne voulait décidément pas entendre parler d'opération. On s'en tint donc au traitement palliatif, en pratiquant une série de ponctions tous les douze ou quinze jours, suivant que le malade était plus ou moins dyspnéique. Il était le premier à réclamer sa ponction et il appréciait parfaitement

la quantité du liquide à retirer. Voici le tableau des dernières ponctions avec la quantité du liquide purulent qu'on retirait à chaque ponction :

4<sup>me</sup> ponction, le 12 juin : 2 litres 1/4 de pus.

5<sup>me</sup> ponction, le 27 juin : 2 litres 1/2 de pus.

6<sup>me</sup> ponction, le 10 juillet : 2 litres 1/4 de pus.

7<sup>me</sup> ponction, le 22 juillet : 2 litres 1/4 de pus.

Pendant ces trois derniers mois, l'état général avait faibli; il déclinait; néanmoins, le malade avait assez bon appétit, il toussait peu, il n'avait ni sueurs, ni diarrhée, ni aucun signe de dégénérescence amyloïde; il avait perdu cependant quatre kilogrammes de son poids.

Sur ces entrefaites, cet homme nous fait part de son désir de retourner dans son pays natal, à Venise. On pratique une dernière ponction afin de le mettre dans les meilleures conditions possibles pour son voyage et on retire 2 litres de pus, toujours le même pus verdâtre, homogène, sans odeur.

Telle est l'observation de ce malade; ce qui la rend intéressante au point de vue de la pathogénie, c'est que chez cet homme il y avait coexistence de pneumothorax et d'emphyème pulsatile, ce qui n'était pas le cas chez le malade précédent. Chez l'un d'eux l'emphyème était associé au pneumocoque et il a guéri; chez l'autre l'emphyème est associé à un streptocoque peu virulent, et cependant cet homme succombera, alors même qu'il se déciderait à tenter une opération, car il n'est plus en état de faire les frais de cette opération. Nous verrons à la prochaine séance, quel parti nous pouvons tirer de ces deux observations au point de vue de l'étude générale de l'emphyème pulsatile.