

HUITIÈME LEÇON

EMPYÈME PULSATILE

PATHOGÉNIE — DIAGNOSTIC — TRAITEMENT

MESSIEURS,

Je vous ai relaté, dans la dernière séance, l'histoire de deux malades de notre service, atteints d'*empyème pulsatile*. Chez l'un de ces malades qui a guéri grâce à l'opération, l'*empyème pulsatile* était associé à une pleurésie purulente pneumococcique sans pneumothorax. Chez l'autre malade qui est parti pour Venise, sans espoir de retour, l'*empyème pulsatile* était associé à une pleurésie purulente streptococcique avec pneumothorax. Je profite de cette circonstance pour étudier avec vous dans son ensemble l'histoire de l'*empyème pulsatile* qui n'est pas encore complètement élucidée dans tous ses détails.

La question de l'*empyème pulsatile* a suscité chez nous de nombreux travaux ; trois fois M. Comby en a fait une étude spéciale, appelant cette maladie tantôt *empyème pulsatile*, tantôt pleurésie pulsatile¹. La dénomination d'em-

1. Comby. De l'*empyème pulsatile*, Thèse de Paris, 1881. Les pleurésies pulsatiles. *Archives générales de médecine*, avril 1889. L'*empyème pulsatile*. *Bibliothèque médicale*, 1895.

pyème pulsatile, me paraît préférable à la dénomination de pleurésie pulsatile, car elle indique sans plus ample explication que l'épanchement pleural pulsatile est un épanchement purulent. En cherchant bien, on trouverait néanmoins quelques exceptions ; sur une soixantaine d'observations d'épanchements pleuraux pulsatiles, on pourrait citer trois ou quatre cas où le liquide n'était pas purulent, mais en y regardant de près quelques-uns de ces cas doivent être révisés ; le cas, rapporté par Rummo, concerne une pleurésie pulsatile hémorragique, un cas, reproduit par M. Comby, concerne une pleurésie pulsatile étiquetée comme séreuse, bien que le liquide fût purulent dès la deuxième ponction. Dans une observation de M. Lépine le liquide était séreux mais un peu louche¹. Dans le cas, publié par M. Piussan², concernant un malade chez lequel on percevait des battements à l'auscultation du thorax, on admit l'existence d'une pleurésie séreuse, mais « l'incertitude du diagnostic ayant fait rejeter la thoracenthèse », cette observation n'a pas de contrôle. Vous voyez par là qu'il ne reste pas grand'chose des cas considérés comme exceptionnels ; les pleurésies pulsatiles à liquide séreux sont donc extrêmement rares ; le liquide est presque toujours, sinon toujours, un liquide purulent, aussi la dénomination d'*empyème pulsatile* mérite-t-elle d'être conservée.

Un autre fait important, c'est que l'*empyème pulsatile* occupe toujours le côté *gauche* de la poitrine ; je ne connais qu'un seul cas sur soixante-dix qui fasse exception à cette règle. On peut donc en principe admettre que les épanchements pleuraux pulsatiles, à moins de très rares exceptions, sont *purulents* et occupent la plèvre *gauche*.

Étudions actuellement l'évolution de l'*empyème pulsatile*. Dans tout *empyème pulsatile*, il y a deux périodes : une période de pleurésie purulente, avec ou sans pneumothorax, qui dure un temps indéterminé, des semaines ou des mois, sans qu'apparaisse le moindre symptôme pulsatile, et une

1. *La Province médicale*, 1896, p. 95.

2. Piussan. *Journal de médecine de Bordeaux*, 22 août 1892.

deuxième période où apparaissent les pulsations, avec ou sans tumeur pulsatile extrathoracique.

Décrire la première période, c'est décrire la pleurésie purulente gauche, avec ses origines multiples et avec ses agents pathogènes divers. Toute pleurésie purulente gauche, fût-elle tuberculeuse, streptococcique, pneumococcique, etc., peut aboutir à l'empyème pulsatile; il y a pourtant une condition, c'est que la pleurésie occupe la grande cavité pleurale et soit susceptible d'un grand épanchement. Une pleurésie purulente, à petit épanchement, enkystée, interlobaire, diaphragmatique, cloisonnée, n'aboutit pas généralement à l'empyème pulsatile. Tantôt la pleurésie purulente a été précédée d'une pneumonie, c'était le cas chez notre premier malade; tantôt elle paraît être primitive comme chez notre second malade; souvent elle est consécutive à un pneumothorax. Mais que la pleurésie purulente soit secondaire ou primitive, que son début soit insidieux ou annoncé par des symptômes fébriles et douloureux, il y a là une première phase plus ou moins longue, pendant laquelle on ne constate rien autre que les signes d'un épanchement gauche avec ou sans pneumothorax. Ces signes varient suivant la quantité de liquide épanché et suivant la présence ou l'absence du pneumothorax.

Ici, comme dans tout épanchement pleural, la matité, la diminution ou l'abolition des vibrations thoraciques, l'absence de murmure vésiculaire dans la zone de l'épanchement, le souffle d'expiration ou le double souffle, l'égophonie ou la broncho-égophonie, parfois même la pectoriloquie aphone sont les signes habituels du liquide épanché. Ces signes se modifient suivant l'abondance de l'épanchement. Si la quantité du liquide épanché ne dépasse pas 1,000 ou 1,200 grammes, la sonorité de la région claviculaire persiste intacte ou même renforcée (son skodique), la sonorité normale de l'espace de Traube ne subit aucune atteinte; mais le cœur se dévie et il est facile, à la vue, au palper et à l'auscultation de constater que le maximum de ses battements est actuellement sous le sternum. Si la quantité du liquide épanché atteint ou dépasse 1,800 grammes ou deux litres, la matité

remonte très haut en arrière dans le thorax, la sonorité de la région sous-claviculaire fait place à de la matité, et l'espace de Traube perd sa sonorité normale; en même temps le cœur est plus fortement dévié par l'épanchement, il vient battre à droite du sternum. Ajoutez à ces signes l'œdème de la paroi thoracique, fréquent dans les épanchements purulents, la dyspnée et la persistance de la fièvre, symptômes qui sont nuls ou beaucoup moins accentués au cas d'épanchement séro-fibrineux, et vous aurez en quelques mots le tableau de l'épanchement purulent pleural avant l'apparition des symptômes pulsatiles.

Pendant toute cette première phase où l'épanchement purulent pleural se forme et s'accroît, l'état général du malade peut présenter des modalités les plus diverses. Chez l'un, comme chez notre premier malade, la fièvre persiste sans jamais céder, les transpirations sont abondantes, l'appétit est nul, l'amaigrissement est rapide. Chez tel autre malade, au contraire, l'épanchement pleural purulent se fait à la façon d'un abcès froid, sans douleurs, sans réaction; la fièvre est nulle ou peu s'en faut, l'appétit est conservé ou à peu près, le malade se lève et se livre à quelques occupations n'ayant que peu d'oppression. Il ne s'arrête, que lorsque l'épanchement, par son abondance, entrave les fonctions.

Assez souvent, vous ai-je dit, la pleurésie purulente est associée à un pneumothorax; le pneumothorax a pu se former immédiatement, à l'insu du malade, sans dyspnée, sans douleur, ou bien il a éclaté bruyamment au milieu de symptômes douloureux et angoissants. Quoi qu'il en soit, l'examen de votre malade, les signes du pneumothorax et surtout la succussion hypocratique vous révèlent l'existence de l'hydropneumothorax. Telle est la première phase de la maladie, phase de pleurésie purulente accompagnée ou non de pneumothorax. La durée en est fort variable et l'état général du malade est subordonné à bien des raisons.

A un moment donné apparaît le signe caractéristique de la maladie qui nous occupe, je veux parler des battements et des *pulsations*. Ici je dois scinder la description de l'empyème pulsatile, car deux cas peuvent se présenter, suivant

que l'empyème pulsatile se révèle ou non par une tumeur extrathoracique.

Occupons-nous d'abord de l'empyème pulsatile sans tumeur extrathoracique. Un jour, sans autre symptôme prémonitoire, pendant que vous examinez votre malade, vous êtes tout surpris de percevoir à l'auscultation ou à la palpation, des pulsations, des battements, dans des régions où elles ne devraient pas exister. Que ce soit en arrière, à la partie inférieure du thorax, ou en avant, ou sur le côté, vous avez la sensation d'un battement cardiaque, vous avez la sensation pulsatile d'un gros anévrisme. Vous appliquez de nouveau la main sur la région *qui bat* et la pulsation se traduit nettement par un choc sans thrill, sans frémissement. Vous auscultez encore et le battement se transmet très nettement à votre oreille, battement isochrone au pouls artériel, mais sans souffle et sans claquement. Vous regardez attentivement la région sur laquelle vous venez de constater des battements et vous y percevez généralement un mouvement d'ondulation ou de soulèvement.

On a publié bon nombre d'observations concernant cet empyème pulsatile sans tumeur extérieure, voici le résumé d'un cas de Traube : Un homme de vingt-quatre ans entre à l'hôpital pour une pleurésie gauche; le plastron costo-sternal est comme bombé; la paroi est œdématiée; la matité est complète, le cœur est fortement dévié à droite. De plus, presque toute la région thoracique supérieure gauche, du deuxième au sixième espace intercostal, se soulève sous forme de battements isochrones avec le pouls carotidien. Il s'agissait là d'un empyème pulsatile ainsi que l'a confirmé l'autopsie. En résumé, les battements de l'empyème pulsatile sont perceptibles à la vue, à la palpation et à l'auscultation, ils peuvent s'étendre à une assez grande surface du thorax. La zone pulsatile peut se cantonner en différentes régions, aux parties antérieure latérale et postérieure de la poitrine.

Il est une autre forme d'empyème pulsatile, plus fréquente que la précédente, dans laquelle le choc pulsatile *s'extériorise*, un espace intercostal se perforé, le pus fait saillie sous les téguments, il s'étale comme une nappe purulente ou se

collecte en forme de tumeur arrondie; c'est la variété que vous avez observée chez nos deux malades et sur laquelle je vais insister. La perforation de l'espace intercostal et le passage du pus pleural à travers la perforation sont parfois annoncés par des douleurs d'une vive intensité. Je suis même surpris que cette douleur annonçant l'extériorisation de l'empyème pulsatile n'ait pas attiré l'attention des auteurs qui se sont occupés de la question. Notre second malade eut des douleurs très vives dans le septième espace intercostal avant même que rien n'eût apparu à l'extérieur et ces douleurs persistèrent indéfiniment. Chez notre premier malade, les douleurs furent encore plus intenses, elles précédèrent de trois jours l'apparition de l'empatement sous-claviculaire et elles prirent d'emblée une telle intensité qu'elles simulaient l'ostéopériostite la plus aiguë. Ce n'est que par des piqûres de morphine et par des pansements humides jour et nuit renouvelés qu'on parvenait à calmer ces douleurs. L'apparition de la poche purulente extérieure s'annonce donc, au moins dans les cas que j'ai observés, par des symptômes douloureux; mais la poche n'est pas toujours animée de battements dès sa formation; chez notre second malade, les battements n'apparurent qu'au troisième jour; ils ne devinrent manifestes qu'au quatrième jour chez notre premier malade. Il est probable que les pulsations intrathoraciques ne se transmettent pas à l'extérieur tant que l'orifice de communication n'est pas suffisamment large.

La tumeur pulsatile est plus ou moins arrondie ou aplatie; une fois formée, elle peut avoir les dimensions d'une noix, d'une orange et au delà. Parfois, comme chez notre premier malade, elle a toutes les apparences d'un anévrisme; elle est pulsatile et expansive; en l'englobant dans la paume de la main, on a tout à fait la sensation que donnerait un gros anévrisme. Les mouvements expansifs de la tumeur, mis en doute par quelques auteurs, sont néanmoins signalés dans la plupart des observations; ils étaient assez nets chez notre second malade et indéniables chez le premier. Aussi, suis-je de l'avis de M. Bou-

veret : « Si l'empyème pulsatile intra-pleural ne présente guère qu'un mouvement de soulèvement, l'empyème pulsatile extra-pleural possède un véritable mouvement d'expansion. Il est entièrement comparable à la pulsation d'une poche anévriasmale. A chaque pulsation du cœur, toute la surface de la tumeur pulsatile se dilate brusquement et bat non seulement dans le sens vertical, mais aussi dans le sens transversal¹. »

Dans quelques cas, la tumeur extérieure de l'empyème pulsatile est réductible; on peut, par la pression, faire rentrer le pus dans la cavité pleurale. L'auscultation de la tumeur pulsatile en fait percevoir le battement, mais elle ne révèle ni souffle, ni claquement.

La tumeur de l'empyème pulsatile peut se développer en différents points en arrière ou en avant du thorax, néanmoins son siège le plus habituel est à gauche du sternum, au niveau des deuxième, troisième et quatrième espaces intercostaux. Tel était le cas chez notre premier malade. Même localisation est consignée dans l'observation rapportée par Bérard². « Un jeune homme, après une maladie aiguë, vit une tumeur se développer rapidement en avant de la poitrine, à gauche du sternum. Cette tumeur était agitée de mouvements d'expansion et de resserrement isochrones à ceux du pouls. Pendant ce temps, le cœur battait sous la clavicule droite. Tout le monde crut à un anévrisme, et l'on voyait avec frayeur arriver le moment où la peau amincie allait se rompre et donner lieu à une hémorragie foudroyante. Le malade seul, auquel on avait caché ce qu'on pensait de son état, attendait avec impatience la rupture de la tumeur qu'il regardait comme un abcès, et, voulant hâter le travail de la nature, il prend une épingle, la plonge dans le sommet de la tumeur et se pratique ainsi l'opération de l'empyème. Le pus sort en petite quantité d'abord, puis à flot lorsque l'ulcération eut agrandi la plaie. Un élève veut s'assurer avec un stylet que le cœur est revenu

1. Bouveret. *Traité de l'empyème*, 1888, p. 571.

2. Bérard. *Du diagnostic dans les maladies chirurgicales, de ses sources, de ses incertitudes et de ses erreurs*. Paris, 1836, p. 179.

à sa place. L'instrument s'échappe, tombe dans la cavité de la poitrine, y séjourne pendant trois jours, au bout desquels il vient faire saillie à travers un espace intercostal dont on le retira par une incision. J'ai vu depuis, ce jeune homme jouissant de la meilleure santé. » Il est permis de croire, à la lecture de cette observation, que le malade de Bérard avait eu un empyème pulsatile consécutif à une pleurésie purulente pneumococcique.

Voici un autre cas rapporté par Aran¹ où la même localisation de l'empyème pulsatile est consignée : il s'agit d'une jeune malade de douze ans qui avait contracté une bronchite (et certainement aussi une pleurésie). Survint une petite tumeur en haut de la poitrine, à gauche du sternum; cette petite tumeur, après avoir disparu quelque temps, se montra de nouveau et prit rapidement un assez fort volume. Quand Aran fut consulté, la tumeur, de forme hémisphérique, était située à gauche du sternum et occupait l'intervalle compris entre le troisième et le septième espace intercostal. La peau était amincie, d'un rouge livide, et semblait sur le point de se rompre; la tumeur était animée de battements isochrones à ceux du pouls; il existait aussi des mouvements d'expansion et de retrait en rapport avec les mouvements respiratoires, de sorte que la tumeur se projetait fortement en avant dans l'expiration et paraissait s'aplatir dans l'inspiration. Cette tumeur simulait à s'y méprendre un anévrisme, mais Aran, se rappelant le cas de Stokes, reconnut qu'il s'agissait d'un empyème pulsatile, et il fit une ponction exploratrice qui donna issue à un grand verre de pus. La petite plaie étant restée béante, la tumeur diminua ainsi que les battements, mais les mouvements d'expansion et de retrait devinrent plus prononcés. La plaie s'étant refermée, le liquide se reproduisit. Aran fit une nouvelle ponction avec un trocart plus gros et retira un litre et demi de pus, ce qui fit disparaître la tumeur pulsatile. En même temps, le cœur qui avait subi un déplacement notable reprit sa place accoutumée.

1. Aran. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 9 juin 1858, t. IV, p. 91.