

Parfois la tumeur de l'empyème pulsatile atteint la base du thorax, la région lombaire, comme dans l'observation de M. Courbon¹. Le 20 février 1870, entre à l'hôpital de Tours une femme de vingt-quatre ans, ayant une tumeur de la région lombaire gauche. Cette tumeur est exactement située en dehors du carré des lombes, immédiatement au-dessous de la dernière côte, et à deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque. Elle est molle, allongée, fluctuante, légèrement mobile, non douloureuse, presque entièrement réductible, sans changement de couleur de la peau. Elle a la forme d'une ellipse à grand axe (14 centimètres) très oblique de haut en bas, et de dedans en dehors, le petit axe est presque vertical, il mesure 11 centimètres.

Mais ce qui attire surtout l'attention, ce sont les battements de la tumeur. Ces battements sont forts, expansifs, tout à fait isochrones au pouls. Il existe dans toute la tumeur un double mouvement alternatif de dilatation et de retrait qui est perceptible non seulement au toucher, mais aussi à la vue. La palpation ne fait percevoir aucun frémissement et l'auscultation ne dénote aucun bruit de souffle. La malade s'est aperçue de sa tumeur il y a deux mois; depuis quatre ans, sa santé laissait à désirer, elle éprouvait des douleurs au niveau des dernières vertèbres dorsales avec irradiations au côté gauche du thorax. En même temps, dyspnée, palpitations et accès de suffocation survenaient dès que la malade travaillait plus que d'habitude ou montait un escalier.

Quelques mois après le début de ses souffrances, elle était entrée à l'hôpital de Blois, où elle a séjourné près d'un an. Elle porte sur le côté gauche de la poitrine des cicatrices de vésicatoires, cautères et sétons, vestiges du traitement qu'elle a subi. Actuellement le cœur est refoulé à droite, et sa pointe vient battre faiblement sous l'appendice xyphoïde. Le côté gauche du thorax est distendu, absolument mat dans toute son étendue et silencieux à l'auscultation. A droite, respiration puérile. État général assez bon, pas de maigreur, mais suppression des règles depuis trois ans. M. Courbon hésite

1. Observation relatée dans l'ouvrage de M. Comby, p. 31.

entre : 1° un abcès dont le pus provenant de la plèvre aurait détruit les adhérences du diaphragme en arrière pour venir proéminer dans la région lombaire; 2° un anévrisme de l'aorte thoracique descendante qui, longtemps caché dans la poitrine, aurait fini par émerger dans la région lombaire. Le caractère expansif des battements et leur énergie, engagèrent M. Courbon à adopter la seconde opinion. Il expliquait la matité thoracique par l'existence d'une vaste poche anévrismale ou par un épanchement pleural concomitant. La tumeur augmentait, et chaque jour les battements devenaient plus marqués; il furent bientôt tellement prononcés que ceux qui avaient hésité se rallièrent à l'opinion de M. Courbon et admirèrent l'anévrisme. Le 14 avril, la peau amincie finit par se rompre, en laissant écouler une grande quantité de pus; la tumeur s'affaisse, les battements disparaissent, et la matité diminue dans le côté gauche. Il s'agissait en somme d'un empyème pulsatile.

Dans l'observation suivante, présentée par M. Millard le 28 juin 1889 à la Société médicale des hôpitaux, l'empyème pulsatile simulant un anévrisme, formait tumeur à la région dorsale gauche. Voici cette intéressante observation : Un homme de trente-six ans, de souche tuberculeuse, sujet à des bronchites, est pris, en mai 1887, d'une pleurésie gauche compliquée de pneumothorax. Il se rétablit tant bien que mal; quelques mois plus tard il est repris de dyspnée avec retour des signes du pneumothorax. Depuis cette époque, il garde le lit. En juillet 1888 on voit apparaître à gauche de la colonne vertébrale, au niveau des dernières côtes, une tumeur qui atteint rapidement le volume d'une orange. Bientôt la tumeur présente des battements isochrones aux pulsations du pouls.

Un médecin n'avait pas hésité à rattacher cette poche pulsatile à un anévrisme de l'aorte descendante. Mais M. Millard arriva à un tout autre diagnostic et reconnut l'existence d'un vaste épanchement pleural gauche avec empyème pulsatile formant tumeur à l'extérieur. Il reçut le malade dans son service et la ponction faite au niveau de la tumeur donna issue à trois litres et demi d'un pus crémeux et inodore.

La tumeur pulsatile s'affaissa, les battements disparurent immédiatement et la ponction procura un grand soulagement au malade. La pleurotomie ne parut pas indiquée, car la maladie remontait à quinze mois, et M. Millard préféra recourir aux injections intra-pleurales de teinture d'iode iodurée. Du 28 août au 28 septembre on pratiqua cinq ponctions suivies chaque fois de l'évacuation de 1,300 à 1,500 grammes de pus et d'une injection de 80 à 115 grammes de teinture d'iode iodurée.

Le 1^{er} octobre, le malade, presque apyrétique, s'alimentait bien, se levait et avait bonne apparence. Le 21 octobre, on reprit les ponctions suivies d'injections intra-pleurales. Quelques jours plus tard les signes du pneumothorax reparaissent, l'appétit se perd, la situation s'aggrave et la neuvième côte devient très douloureuse; M. Peyrot prend le malade dans son service, pratique la pleurotomie avec la résection de la neuvième côte, et retire environ trois litres de pus fétide. A dater de ce moment, on pratique plusieurs lavages par jour, mais le malade s'affaiblit rapidement et succombe à la fièvre hectique avec diarrhée coliquative.

Je viens de vous décrire les deux variétés de l'empyème pulsatile : dans une première variété, les pulsations, les battements répercutés à l'extérieur, sont intra-thoraciques et restent intra-thoraciques, sans que la moindre tumeur fasse saillie hors du thorax; dans la seconde variété, l'empyème vient faire saillie au dehors, sous les téguments, à travers une perforation intercostale; il en résulte une tumeur pulsatile qui se développe de préférence à la région sus-mammaire, à la région lombaire et à la région dorsale.

L'empyème pulsatile peut persister longtemps sans autre modification, sans ouverture spontanée de la poche purulente; toutefois la vomique a été signalée dans quelques cas; la collection purulente pleurale s'ouvre dans les bronches, se fait jour à l'extérieur sans que la vomique diffère en rien des vomiques consécutives aux pleurésies purulentes.

Tels sont les faits cliniques : le moment est venu mainte-

nant d'étudier la pathogénie de cet empyème pulsatile, mais je serai bref sur cette question de pathogénie qui ajoute peu de chose à nos connaissances et qui du reste n'est pas encore élucidée. Je vous ai déjà dit que la pleurésie séro-fibrineuse, quelle qu'en soit la cause, quelle que soit l'abondance de l'épanchement, n'est jamais pulsatile. J'ai vu des centaines de pleurésies séro-fibrineuses, je les ai étudiées de bien près, puisque depuis bientôt trente ans j'ai fait de l'aspiration dans la pleurésie une étude spéciale, eh bien, je n'ai jamais vu que la pleurésie séro-fibrineuse fût pulsatile à un moment quelconque de son évolution. La pleurésie purulente seule (à quelques très rares exceptions près) a le privilège de devenir pulsatile; mais si elle devient pulsatile, ce n'est pas parce que le liquide est purulent, c'est parce qu'au cas de pleurésie purulente, les organes du voisinage sont le siège de lésions qui favorisent la transmission des pulsations cardiaques.

Ici commencent les théories : pour Féréol, le pneumothorax est l'agent essentiel de l'empyème pulsatile; pour lui, « l'empyème pulsatile ne peut se produire qu'autant qu'il y a pneumothorax de petite étendue et grand épanchement liquide avec refoulement du cœur. C'est l'élasticité d'un gaz compressible qui permet ce mouvement d'expansion et de retrait ». La théorie de Féréol est séduisante, elle fut défendue avec talent par son auteur, mais elle est ruinée par le fait que, dans bon nombre de cas d'empyème pulsatile (comme chez notre premier malade), le pneumothorax recherché avec le plus grand soin fait totalement défaut. M. Comby admet une autre théorie; pour lui, « le poumon atelectasié et densifié jouerait le rôle de caisse de renforcement, mais l'auteur se déclare « prêt à abandonner cette théorie pour une théorie meilleure ». D'autres auteurs, Rummo, Keppler, Traube invoquent des causes multiples : pression intra-pleurale, adhérences, parésie des muscles intercostaux, exagération des battements cardiaques, etc., mais toutes ces théories sont, elles aussi, passibles de critiques, si bien que nous ne sommes pas absolument édifiés sur la pathogénie de l'empyème pulsatile.

Comment reconnaîtrez-vous l'empyème pulsatile; comment le distinguerez-vous des maladies qui peuvent le simuler? Le diagnostic doit être fait avec les différentes tumeurs pulsatiles du thorax. Quand la tumeur de l'empyème pulsatile bat au niveau des premiers espaces intercostaux, à gauche du sternum, l'analogie est grande, au premier abord, avec un anévrisme de l'aorte faisant saillie à l'extérieur; les battements pulsatiles et expansifs, perceptibles à la vue et au toucher, existent de part et d'autre. Quelques signes différentiels permettent, néanmoins, d'arriver au diagnostic; au cas d'empyème, l'apparition de la tumeur pulsatile est si rapide qu'elle se fait en quelques jours, presque d'un jour à l'autre; vous l'avez vu chez nos malades; en trois jours, la tumeur était formée et le quatrième jour elle était animée de battements. Au cas d'anévrisme aortique, la tumeur met dix fois, vingt fois plus de temps à apparaître et à se confirmer; il faut des mois pour que l'ostéite raréfiante, qui aboutit à la disparition des côtes, permette à l'anévrisme de faire saillie à l'extérieur. En second lieu, le malade atteint d'empyème pulsatile, quelle que soit la variété de son empyème, et quelle que soit la localisation de sa tumeur pulsatile, a toujours un grand épanchement pleural gauche, avec ou sans pneumothorax; vous constaterez donc les signes de ce grand épanchement, y compris la *déviatio[n] du cœur à droite*. L'anévrisme aortique n'est accompagné de rien de semblable; au cas d'anévrisme vous ne constatez ni grand épanchement pleural, ni déviation du cœur à droite. Enfin, les souffles et les bruits que l'on perçoit quelquefois à l'auscultation de la poche anévrismale n'existent jamais à l'auscultation de la poche pulsatile purulente. Vous voyez donc que si les pulsations créent quelque analogie entre l'anévrisme et l'empyème pulsatile, un examen méthodique et raisonné vous permet toujours d'arriver au diagnostic.

Vous pouvez rencontrer au thorax des abcès pulsatiles qui n'ont rien de commun avec l'empyème pulsatile. Une ostéite costale ou costo-sternale peut donner naissance à un abcès ossifluent, en bouton de chemise, qui se développe d'une part

sous les tissus qu'il soulève et, d'autre part, sous la plèvre pariétale qu'il décolle. La collection sous-pleurale ainsi formée n'a rien à voir avec la cavité pleurale, elle peut néanmoins être placée de telle sorte qu'elle subisse le contre-coup du choc cardiaque; ce battement est transmis à la collection purulente extérieure qui bombe sous les tissus, et la tumeur acquiert des mouvements pulsatiles et expansifs, comparables à ceux de l'empyème. Plusieurs faits de ce genre ont été signalés¹. Ce qui vous permet de distinguer ces abcès ossifluents pulsatiles de l'empyème pulsatile, c'est qu'on ne trouve pas avec eux les signes d'un épanchement pleural; vous ne constatez ni la matité étendue, ni l'absence des vibrations thoraciques, ni la déviation du cœur à droite, ni autres signes qui sont l'indice de la pleurésie purulente gauche avec ou sans pneumothorax.

Il ne suffit pas de diagnostiquer l'empyème pulsatile, il faut encore rechercher la cause de cet empyème; le pronostic et le traitement y sont également intéressés. Règle générale, la constatation du pneumothorax chez un malade atteint d'empyème pulsatile est un indice certain de tuberculose, abstraction faite, bien entendu, du pneumothorax consécutif à une vomique ou à l'opération. La recherche des bacilles dans les crachats ne doit jamais être négligée; toutefois l'absence des bacilles ne suffit pas toujours à faire rejeter la tuberculose. Vous pourriez avoir recours aux injections de très faibles doses de tuberculine suivant les préceptes posés par M. Grasset, mais, pour si sagement que soit maniée la tuberculine, on peut voir survenir des incidents regrettables; je comprends qu'on en fasse usage, mais je n'y aurais recours qu'au cas de nécessité absolue.

Le pronostic de l'empyème pulsatile n'est pas également redoutable dans tous les cas; la gravité est surtout inhérente à la cause du mal. L'empyème pulsatile survenant chez un tuberculeux avec ou sans pneumothorax est d'autant plus grave, qu'en pareille circonstance l'intervention chirurgicale

1. Potain. *Médecine moderne*, 29 novembre 1893. Peyrot. Congrès français de chirurgie, 20 octobre 1897.

laisse peu d'espoir; elle est même souvent contre-indiquée : c'est dans ce cas qu'il faut se contenter des ponctions répétées. Au contraire, l'empyème pulsatile survenant chez un individu atteint d'une pleurésie purulente à pneumocoques, le pronostic est d'autant moins grave que l'intervention chirurgicale, dans les pleurésies pneumococciques, donne souvent les meilleurs résultats.

Le traitement de l'empyème pulsatile est, en somme, le traitement des pleurésies purulentes : c'est l'intervention chirurgicale.

Les ponctions répétées avec ou sans injections de liquide antiseptique ne sont applicables qu'aux cas où l'on ne peut pas faire autrement; elles sont un moyen purement palliatif, elles prolongent l'existence, elles soulagent le malade, mais elles ne le guérissent pas. Dans quelques circonstances (pleurésie pneumococciqne), la pleurotomie sans résection costale pourrait peut-être amener la guérison, mais je n'y aurais qu'une médiocre confiance et vous avez vu que l'incision n'a pas suffi chez notre malade qui avait cependant une pleurésie à pneumocoques; le plus souvent, il faudra recourir à la thoracotomie avec résection costale largement faite. C'est ce dernier procédé qui a sauvé notre malade.

Au moment voulu, après avoir pesé le pour et le contre, prenez une décision sans perdre un temps précieux. N'arriver à la grande opération qu'après avoir épuisé le traitement insuffisant par ponctions et injections dites aseptiques ou modificatrices, c'est enlever au malade des chances de guérison, c'est favoriser les infections secondaires, c'est laisser au poumon le temps de se densifier et de se carifier. En face d'un empyème pulsatile n'attendez donc pas pour vous décider; ne temporez pas; de deux choses l'une : ou bien vous jugez que l'opération est nuisible, contre-indiquée (comme chez notre second malade), et alors, faute de mieux, vous avez recours aux ponctions répétées, ou bien vous considérez que l'opération est indiquée et vous la conseillez sans vous attarder aux traitements intermédiaires.

Je termine cette leçon par les conclusions suivantes :

1° Il y a empyème pulsatile toutes les fois qu'une pleurésie purulente est animée de battements.

2° Les battements de la pleurésie purulente sont perceptibles à l'auscultation, à la palpation et à la vue.

3° Il y a deux grandes variétés d'empyème pulsatile : dans la première variété, l'épanchement purulent reste confiné dans la cavité pleurale sans se faire jour à l'extérieur. Dans la seconde variété, l'épanchement purulent pleural se fait jour à travers un espace intercostal et vient faire saillie sous forme de voussure ou de tumeur en un point quelconque du thorax, région lombaire, région dorsale et surtout région costo-supérieure. La tumeur ainsi formée peut avoir la dimension d'une noix, d'une orange et au delà. Elle est animée de mouvements pulsatiles et expansifs, isochrones au pouls artériel à la façon d'un anévrisme.

4° L'empyème pulsatile siège toujours au côté gauche du thorax.

5° Qu'il y ait ou non pneumothorax concomitant, l'empyème pulsatile est toujours précédé par une phase plus ou moins longue de pleurésie purulente, pleurésie pneumococciqne, streptococciqne ou tuberculeuse.

6° La vomique survenant dans le cours de l'empyème pulsatile ne diffère pas de la vomique habituelle aux pleurésies purulentes.

7° La constatation d'un pneumothorax chez un malade atteint d'empyème pulsatile est un indice certain de tuberculose, abstraction faite, bien entendu, du pneumothorax consécutif à une vomique ou à l'opération.

8° La pathogénie de l'empyème pulsatile, n'est pas encore élucidée; aucune des théories proposées jusqu'ici n'est satisfaisante.

9° L'empyème pulsatile ne doit être confondu ni avec un anévrisme ni avec un abcès pulsatile de la paroi thoracique.

10° A moins de contre-indication spéciale, la thoracotomie avec large résection costale est le traitement de choix de l'empyème pulsatile.