

NOTE

SUR

UN CAS D'HYDROPNEUMOTHORAX

AVEC EXPECTORATION ALBUMINEUSE

A PROPOS

DES PERFORATIONS PLEURO-BRONCHIQUES SANS PNEUMOTHORAX

Lue à la Société médicale des hôpitaux de Paris

Dans la séance du 13 juin 1873

PAR

Le Docteur **DUJARDIN-BEAUMETZ**

Médecin des hôpitaux

PARIS

TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET C^e

RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 22

1873



NOTE

SUR

UN CAS D'HYDROPNEUMOTHORAX

AVEC EXPECTORATION ALBUMINEUSE

A PROPOS

DES PERFORATIONS PLEURO-BRONCHIQUES SANS PNEUMOTHORAX

Lue à la Société médicale des hôpitaux de Paris

Dans la séance du 13 juin 1873

PAR

Le Docteur **DUJARDIN-BEAUMETZ**

Médecin des hôpitaux



**Biblioteka Główna
WUM**

La communication de notre ami M. Féréol, sur les perforations pleuro-bronchiques sans pneumothorax, me paraît devoir appeler l'attention sur un des points les plus intéressants de la pathologie, et à l'étude duquel je veux aujourd'hui apporter mon faible contingent.

Un cas fort curieux d'expectoration albumineuse chez une malade présentant tous les signes de l'hydropneumothorax, et que j'observe en ce moment à l'hôpital Beaujon, me permettra de donner une base plus précise à mon argumentation.

Voici d'ailleurs cette observation, prise avec grand soin par mon interne, M. Paulier :

Biblioteka Główna WUM

Br.6728



000029317

*Hydropneumothorax du côté droit. — Ponction et aspiration répétées plusieurs fois. —
Expectoration albumineuse.*

La nommée Marguerite A..., âgée de 22 ans, blanchisseuse, entre, le 29 avril 1873, à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Monique, n° 2, dans le service de M. Maticé.

Antécédents : Réglée à 16 ans; ordinairement bien réglée; jamais de fleurs blanches; aurait eu la rougeole étant enfant; pas d'autres maladies. Rien du côté de l'hérédité; sept enfants dans sa famille : cinq encore vivants et bien portants. Tempérament lymphatique.

L'année dernière, au mois de janvier, elle entre dans le service de M. Gubler pour une bronchite, dit-elle : toux, hémoptysie, épistaxis fréquentes; pas de point de côté. Reste un mois à l'hôpital et en sort guérie, ou au moins considérablement améliorée. Rien jusqu'au mois de janvier de cette année, où elle entre de nouveau dans le service de M. Gubler (salle Sainte-Marthe) pour un point de côté, de la toux, et de nouvelles hémoptysies qui revenaient tous les jours. Elle reste un mois et demi dans le service et sort à peu près guérie; mais l'amélioration ne dure pas longtemps, car, huit jours après, elle revient à la consultation de Beaujon. Pas de place; elle va au Parvis, d'où on l'envoie à Saint-Antoine, dans le service de M. Isambert : toujours beaucoup de toux; point de côté à droite, dyspnée, vomissements; pas d'hémoptysies.

Une note de M. Barbier, interne de M. Isambert, nous apprend qu'on constata chez cette malade, le jour de son entrée, un *pneumothorax* à droite. Deux ou trois jours après, on trouva un commencement d'épanchement dans la plèvre, et quand la malade sortit un matin, par un coup de tête, le diagnostic définitif était *hydropneumothorax*.

La malade, après être restée trois mois et demi dans le service de M. Isambert, demande à s'en aller un jour sans aucune raison, et se présente, le lendemain 29 avril, à la consultation de Beaujon, où M. Maticé la reçoit immédiatement. On constate un énorme épanchement à droite; l'oppression est extrême; la malade peut à peine respirer; comme mesure de précaution, et craignant de ne pas retrouver la malade le lendemain si on la laisse dans cet état, M. Maticé, immédiatement après la consultation, lui fait une ponction avec l'appareil Dieulafoy. On retire 1,885 grammes de liquide, et l'on est obligé de s'arrêter, car la malade étouffe et menace de suffoquer. Le liquide qu'on a retiré est d'un jaune verdâtre, très-clair, très-fluide, sans aucune apparence de pus.

La malade, un peu remise, nous raconte son histoire (voir plus haut). A Saint-Antoine, on lui aurait mis vingt-quatre vésicatoires; pas de ponction, mais on devait lui en faire une; c'est ce qui l'avait, paraît-il, déterminée à quitter l'hôpital. Elle nous fait remarquer que, quand elle se remuait brusquement, elle entendait un bruit de flot dans la poitrine. Nous constatons le jour de son entrée ce bruit hydroaérique, bruit de succussion, et M. Maticé porte le diagnostic *hydropneumothorax* du côté droit, probablement d'origine tuberculeuse. La malade a eu des hémoptysies fréquentes; elle a les ongles hippocratiques, des sueurs nocturnes; elle est mal réglée depuis quelque temps; ses règles ne sont venues qu'une fois en cinq mois. On trouve de la bronchite dans tout le côté gauche; rien du côté des sommets; on constate en même temps l'absence de respiration amphorique et de tintement métallique.

30 avril. Moins d'oppression. Sonorité revenue en partie en arrière et en avant, à droite; à gauche, toujours de la bronchite.

1^{er} mai. Même état. Toujours de la dyspnée. En avant, sous le sein droit, on entend de gros râles muqueux. Toujours bruit de succussion hippocratique et absence de respiration amphorique et de tintement métallique.

M. Malice fait une seconde ponction en arrière, il ne sort pas de liquide ; on en refait une autre en avant, au-dessous du sein droit, et l'on retire 650 grammes de liquide. A un certain moment, on entend très-nettement l'air passer de la plèvre dans le corps de pompe, et l'on est obligé de s'arrêter : la malade étouffe.

2 mai. Ce matin, la malade a eu une espèce de vomique : elle a rendu une assez grande quantité d'un liquide blanchâtre, aqueux, un peu mousseux, avec quelques crachats. C'est très-probablement l'*expectoration albumineuse* signalée par quelques auteurs.

La malade va assez bien, du reste. Peu d'oppression ; elle mange bien ; on n'entend plus le bruit hydroaérique.

3 mai. Rien de particulier.

4 mai. A rendu encore ce matin plein la moitié de son crachoir d'un liquide blanchâtre, très-clair, où nagent quelques crachats nummulaires (nouvelle expectoration albumineuse, probablement).

5 mai. On entend de nouveau le bruit de succussion hippocratique. Respiration revenue dans une grande partie du côté droit, excepté à la partie inférieure, où l'on trouve encore de la matité.

6, 7 et 8 mai. Rien de particulier.

9 au 17 mai. Pas de changement notable. Pas de nouvelle expectoration. On entend certains jours le bruit hydroaérique que l'on ne peut reproduire les autres jours. Pas de respiration amphorique, pas de tintement métallique ; toujours de l'oppression. Quant à l'état général, il n'est pas mauvais. La malade mange un peu et se lève dans l'intervalle des visites.

18 mai. On fait une nouvelle ponction (troisième) au-dessous du sein droit. On retire 100 grammes d'un liquide jaune verdâtre, très-clair. L'écoulement s'arrête au bout de quelques instants, l'aiguille est bouchée.

26 mai. Quatrième ponction en arrière. On retire 1,220 grammes d'un liquide jaune verdâtre, pas purulent. A un certain moment, on voit de grosses bulles d'air pénétrer de la plèvre dans le corps de la pompe, où le liquide cesse de monter.

2 juin. Ce matin, la malade a rendu plein la moitié de son crachoir d'un *liquide très-fluide, jaune verdâtre*, et ayant absolument le même aspect que le liquide retiré par les ponctions. Ce liquide ne ressemble nullement aux expectorations précédentes, qui étaient blanchâtres et mousseuses.

La malade nous dit que, depuis trois ou quatre jours, elle a tous les matins une expectoration semblable.

Ce matin, à l'auscultation, on trouve de la respiration ampliorique ; pas de tintement métallique ; pas de bruit de succussion. Sonorité dans les deux tiers supérieurs ; matité dans le reste du côté droit.

3 juin. Ce matin, la malade a eu une *nouvelle expectoration* ; mais, cette fois, le liquide n'a plus le même aspect qu'hier : il est blanchâtre, un peu mousseux, et contient quelques crachats. La différence entre l'expectoration d'hier et celle d'aujourd'hui est très-nette, au moins

pour la couleur du liquide. Elle en a rendu aujourd'hui 64 grammes qui, essayés avec l'acide nitrique, donnent un précipité albumineux, peu abondant du reste.

4 juin. *Nouvelle expectoration* ayant les mêmes caractères qu'hier. La malade a rendu 60 grammes de liquide en trois fois, et à la suite de quintes de toux comme à l'ordinaire.

Ce liquide, analysé par M. Bailly, pharmacien du service, a donné 0 gr. 24 d'albumine pour l'expectoration de ce matin.

5 juin. *Expectoration*, comme hier, à la suite de toux; toujours liquide blanchâtre, un peu mousseux, où flottent quelques crachats.

6 juin. Même *expectoration*, moins abondante (26 grammes), mais présentant les mêmes caractères que les autres.

7 juin. A rendu 30 grammes de liquide.

8. Ce matin, expectoration de 60 grammes de liquide.

9. Pas d'expectoration.

10. Ce matin, a rendu 100 grammes de liquide.

11. Nouvelle expectoration de 90 grammes.

12. Pas d'expectoration.

État local : En arrière, à la percussion, sonorité dans les deux tiers supérieurs du côté droit; matité dans le tiers supérieur. Rien à gauche; pas de matité.

A l'auscultation : A droite, respiration et voix amphoriques dans tout le tiers moyen; on entend très-nettement le bruit de succussion hippocratique. Au sommet, respiration soufflante, caverneuse, un peu amphorique.

A gauche : Respiration rude dans tout le côté; quelques râles de bronchite.

En avant : La percussion est douloureuse à gauche; peu de différence avec le côté droit, au point de vue de la matité, qui est très-peu marquée. A l'auscultation, respiration rude, soufflante, à gauche. Diminution du bruit respiratoire à droite.

Cœur : Prolongement du premier bruit.

État général : La malade mange; elle se lève presque toute la journée. Toujours de l'oppression et de la toux, principalement le soir. Dort bien; des sueurs nocturnes. Pas d'hémoptygies. A eu ses règles ce mois-ci. En somme, l'état général est très-satisfaisant.

Ainsi donc, en résumé, voici une jeune femme de 22 ans qui présente, au mois de janvier, une douleur et un point de côté dans la portion droite du thorax. D'abord admise dans le service de M. Gubler, elle entre ensuite, à l'hôpital Saint-Antoine, dans celui de M. Isambert, où l'on constate tous les symptômes d'un hydropneumothorax. Des vésicatoires répétés sont appliqués sur le côté droit de la poitrine; et, après un séjour de trois mois dans ce service, sans amélioration notable, elle entre, le 29 avril, dans le service de M. Maticé, qui pratique une ponction avec aspiration, et retire 1,885 grammes d'un liquide citrin.

Cette ponction est renouvelée quelques jours après, et on retire cette fois 650 grammes de liquide. Le lendemain de cette seconde ponction, c'est-à-dire le

2 mai, elle rend, le matin, une quantité très-notable d'un liquide blanchâtre, aqueux. Cette expectoration se répète le 4 et le 5 mai, puis cesse de nouveau.

On refait deux autres ponctions avec aspiration; et l'expectoration albumineuse se reproduit, à partir du 1^{er} juin, presque tous les jours.

Je dis *expectoration albumineuse*, car les matières, rendues tous les matins par cette malade, en plus ou moins grande quantité (de 40 à 100 grammes), présentent bien tous les caractères que l'on a attribués à cette sorte d'expectoration. Placées dans un crachoir, elles offrent trois couches successives : à la surface, une certaine quantité de mousse jaunâtre; puis, au-dessous, une couche beaucoup plus considérable d'un liquide un peu trouble, lres-gluant; tandis que la couche inférieure est formée de quelques crachats mucoso-purulents.

L'acide acétique et l'acide nitrique donnent dans ce liquide un précipité très-appreciable. Voici d'ailleurs l'analyse faite avec grand soin par M. Daremberg, préparateur de chimie au laboratoire de la Charité :

ANALYSE D'UNE EXPECTORATION ALBUMINEUSE.

Quantité donnée pour l'analyse. 120^{cc}

Densité : 1010.

Liquide mousseux, filant, louche, abondant dépôt de *mucus* et d'épithélium.

Réaction neutre.

Le liquide décanté, agité avec de l'éther s'éclaircit légèrement, et après nouvelle décantation on trouve, en évaporant la solution éthérée, des cristaux de *cholestérine* et de la *matière grasse* amorphe.

Le liquide primitif filtré précipite encore par l'acide acétique, donc il tient encore de la *mucine* en dissolution.

Ce même liquide précipite par le bichlorure de mercure, ce que ne fait pas la *mucine*; ce caractère n'appartient qu'à l'albumine ou aux phosphates.

Mais comme le liquide précipite aussi par la chaleur, par le ferrocyanure de potassium et le tannin, ce que ne fait ni la *mucine*, ni les phosphates, nous pouvons affirmer la présence de l'*albumine*:

Dosage d'albumine. — Le liquide filtré a été traité par une petite quantité d'acide acétique, qui a précipité la *mucine* restée en dissolution; puis nous avons chauffé au bain-marie 50^{cc} de cette liqueur.

QUANTITÉ D'ALBUMINE pour 50^{cc}. = 0 gr 050

— — — — — pour 1 litre. . . = 1 gr 00

Nous n'avons pas trouvé trace d'urates par l'essai de la réaction de la murexide.

Dans le liquide débarrassé de *mucine* et d'albumine, nous avons reconnu la présence de l'urée, et son dosage nous a donné :

QUANTITE D'URÉE pour 50^{cc}. = 0 gr 118

— — — — — pour 1 litre = 2 gr 369

Il n'existe donc aucun doute sur la nature de cette expectoration qui se produit depuis quelques jours, tous les matins, à la suite de deux ou trois efforts de toux.

Quant aux signes de la perforation pulmonaire, ils sont ici des plus nets. A la percussion, il y a une sonorité tympanique dans le côté droit de la poitrine, et à peine un peu de matité vers la partie inférieure. A l'auscultation, on perçoit fort nettement du souffle amphorique, du tintement métallique, et enfin un bruit de succussion des plus franchement accusés.

Les signes physiques de la tuberculose pulmonaire manquent presque complètement, et, quoique cette malade ait eu des hémoptysies fréquentes, elle ne présente aucun symptôme qui puisse affirmer chez elle l'existence de lésions tuberculeuses.

Son état général est d'ailleurs des plus satisfaisants, et, n'étaient la gêne respiratoire et les quintes de toux, cette malade jouirait d'une santé relativement bonne.

Voilà donc un fait bien établi d'expectoration albumineuse se montrant à la suite d'une perforation pulmonaire et s'accompagnant d'hydropneumothorax. Vient-il confirmer les idées théoriques émises par M. Féréol pour expliquer l'expectoration albumineuse à la suite de la thoracentèse? ou bien, tout au contraire, est-il un argument à invoquer contre elles? C'est ce qu'il nous reste à examiner maintenant, et ce qui nécessitera de notre part d'entrer dans quelques développements pour lesquels je réclame la bienveillante attention de la Société.

J'examinerai tout d'abord quelle est la meilleure interprétation qu'il convient de donner au fait clinique que je viens de mettre sous vos yeux, puis j'aborderai la discussion des arguments invoqués par notre collègue.

La première idée qui vient à l'esprit, après la lecture de notre observation, c'est de considérer l'expectoration albumineuse comme provenant du passage à travers la fistule pulmonaire du liquide épanché dans la plèvre. Quelque logique que paraisse cette opinion, quelque conforme qu'elle soit aux phénomènes observés, il s'élève cependant contre elle un argument des plus sérieux : c'est la très-faible quantité d'albumine trouvée dans les matières expectorées, et quoique nous n'ayons pas une analyse du liquide obtenu par la thoracentèse, je suis forcé, en présence de ce fait, ou de considérer le liquide pleural comme formant la plus faible partie de cette expectoration, ou bien de ne voir dans cette dernière qu'un produit dû exclusivement à la muqueuse bronchique; c'est cette opinion qui me paraît la plus probable, et, malgré la présence d'une perforation pulmonaire, je crois, vu la très-petite quantité d'albumine trouvée dans les crachats, que l'épanchement pleural n'entre pour rien dans cette expectoration albumineuse; l'analyse du liquide épanché pourrait seule lever tous les doutes (1).

(1) Depuis la lecture de notre travail à la Société, nous avons pratiqué, vu l'oppression

De ce qui précède, il me paraît résulter que, même avec des signes non douteux d'une perforation du poumon, il n'est point démontré, *à priori*, que l'expectoration albumineuse provienne de l'épanchement pleural; à moins qu'une analyse exacte n'ait montré l'identité des deux liquides. Ce premier point admis, passons à la discussion des faits avancés par M. Féréol.

Notre collègue commence, pour donner une base plus solide à l'explication qu'il propose de l'expectoration albumineuse consécutive à la thoracentèse, par admettre que l'existence de la perforation du poumon sans pneumothorax est un fait fréquemment observé.

Je m'élèverai tout d'abord contre cette première opinion, et, laissant de côté les perforations du poumon qui se produisent chez les enfants, comme étrangères à ce débat, puisque, dans les 20 observations d'expectoration albumineuse jusqu'ici connues, l'âge varie de 22 à 62 ans, je ne m'occuperai que des perforations pulmonaires qui se produisent dans le cours de la pleurésie chez les adultes.

On trouve de suite une première contradiction entre l'opinion de notre collègue et les faits jusqu'ici connus de perforations spontanées dans le cours des pleurésies. C'est que ces dernières ne se produisent que dans les cas de pleurésie chronique; je dirai plus, de pleurésie purulente. M. Oulmont, qui a fort bien étudié dans sa

croissante de notre malade, une ponction aspiratrice le 19 juin, qui a donné issue à 360 gr. d'un liquide citrin, un peu louche; la canule s'étant bouchée, nous n'avons pu retirer une quantité plus considérable de l'épanchement.

L'expectoration albumineuse, qui avait cessé depuis trois jours, s'est reproduite une demi-heure après l'opération et se renouvelle tous les matins comme d'habitude. L'analyse du liquide pleurétique a été faite par M. Daremberg. En voici le résultat :

ANALYSE D'UN LIQUIDE PLEURÉTIQUE.

Densité : 1020.

Coloration brune. Cristaux d'hématoïdine et présence de biliverdine.

Traces d'urée. — Quantité pour 1 litre = 0 gr 58.

Quantité notable de *mucine*, qu'il a fallu précipiter par l'acide acétique avant de doser l'albumine.

Dosage d'*albumine*. — Quantité pour 1 litre = 66 gr 88.

Il suffit de se reporter à l'analyse des matières expectorées pour voir les différences qui existent dans la composition de l'expectoration et de l'épanchement, car, si les deux liquides contiennent de l'urée, de la mucine et de l'albumine, le premier ne renferme que 1/1000 d'albumine, le second, au contraire, en a 66,88/1000.

Cette différence dans l'analyse implique, à notre sens, une différence dans l'origine, et nous pouvons maintenant affirmer que l'expectoration est fournie exclusivement par la muqueuse bronchique. Ce fait viendrait donc à l'appui des médecins qui prétendent que l'expectoration albumineuse, après la thoracentèse, est toujours produite par une congestion du poumon, congestion qui, dans notre cas, se montrerait toutes les fois que l'on fait diminuer l'épanchement, pour disparaître, au contraire, lorsque ce dernier acquerrait un volume donné.

thèse inaugurale les fistules pleuro-bronchiques (1), prétend que l'on n'a jamais observé, dans la pleurésie chronique avec épanchement séreux, l'évacuation du liquide par les bronches. Tandis que les expectorations albumineuses, après la thoracentèse, ne se sont produites que dans le cours des pleurésies aiguës. Un seul cas fait exception à cette règle générale; il est consigné dans la thèse de M. Potel (2). Dans cette observation, l'expectoration albumineuse se produit à la suite de thoracentèse pratiquée dans un cas de pleurésie datant de plusieurs mois.

Si l'on adopte donc la possibilité des perforations pleuro-bronchiques pour expliquer l'expectoration albumineuse, il faut reconnaître qu'elles se produisent à une période de la maladie où, jusqu'ici, on ne les avait jamais observées.

Mais ce n'est pas tout, on n'a jamais constaté les signes de pneumothorax dans les faits d'expectoration albumineuse après la thoracentèse; c'est là encore une circonstance qui vient s'élever contre la théorie de notre collègue.

En effet, lorsqu'on parcourt les ouvrages et les traités spéciaux et que l'on cherche à noter les cas où, chez l'adulte, la perforation pleuro-bronchique, dans le cours d'une pleurésie chronique, s'est faite sans hydropneumothorax, on s'aperçoit que ces faits sont excessivement rares. On voit même M. Oulmont (3) soutenir que, lorsque la fistule se produit, elle s'accompagne toujours des signes de pneumothorax.

Notre maître, M. Béhier, dans ses leçons cliniques (4), admet la possibilité des perforations pulmonaires sans pneumothorax, sans cependant donner des faits à l'appui; il en est de même de M. Woillez dans son récent *Traité des maladies des voies respiratoires*. Et, de mes recherches bibliographiques, il me reste cette impression que, si les perforations pleuro-bronchiques peuvent se produire sans hydropneumothorax, ces faits sont très-rares et non encore complètement démontrés d'une manière rigoureuse.

Puisque M. Féréol fait appel à nos souvenirs personnels, je dirai que, dans les deux cas qu'il m'a été permis d'observer de pleurésie purulente s'ouvrant dans les bronches, j'ai toujours trouvé les signes du pneumothorax.

Quant aux deux faits que notre collègue invoque à l'appui de sa théorie, il me permettra de récuser le premier, celui de M. Duroziers, puisque le bruit de succussion se produit quelque temps après, démontrant par sa présence l'existence du pneumothorax.

Pour le second fait qui lui est propre, il ne me paraît pas aussi démonstratif qu'a

(1) Oulmont. *Pleurésie chronique*. Thèse de Paris, 1844, page 52.

(2) Potel. Thèse inaugurale, 1872.

(3) Oulmont. *Loc cit.*, page 54.

(4) Béhier. *Leçons cliniques*, 1864, page 427.

notre collègue, et malgré l'identité, à la vue, du liquide tiré de la poitrine et de celui fourni par l'expectoration, il ne m'est pas prouvé qu'il existât chez son malade une perforation pleuro-bronchique ; ne s'agirait-il pas là, plutôt, chez cet homme qui présentait un trouble si profond de la circulation hépatique, d'une tumeur liquide développée dans le foie et s'étant ouverte dans la plèvre et le poumon ? Je ne sais, mais il est un point qui me fait persister dans mon opinion et me fait repousser l'hypothèse d'une perforation pleuro-bronchique, c'est qu'on a fait chez ce malade une ponction suivie d'une aspiration violente sans que l'air pénétrât dans la cavité pleurale, ce qui est contraire à toutes les lois de la physique. Comment concevoir, en effet, qu'on puisse vider une poche pleine de liquide et que l'on admet communiquant avec l'air extérieur par l'intermédiaire d'une fistule pleuro-bronchique, sans faire pénétrer ce dernier dans la poche, lorsqu'on emploie une succion aussi puissante, aussi brutale que celle des appareils aspirateurs ? C'est là une circonstance que nous invoquerons plus loin pour combattre l'opinion de notre collègue.

De tout ce qui précède, nous voyons donc que, contrairement aux prémisses posées par M. Féréol, les faits de perforation du poumon sans pneumothorax sont rares et cadrent mal avec les cas d'expectoration albumineuse jusqu'ici observés.

Voyons maintenant si nous serons plus heureux en examinant chacune des observations d'expectoration albumineuse, et si nous y trouverons des circonstances qui plaident en faveur de la perforation spontanée sans pneumothorax.

Notons d'abord ce premier point que, dans les observations suivies de mort, jamais cette perforation n'a été constatée.

Aussi M. Féréol est-il forcé de créer de toutes pièces une altération spéciale caractérisée par une nécrose superficielle de l'épithélium et du tissu connectif de la plèvre, formant ainsi un feutrage qui permettrait la filtration du liquide sans laisser passer l'air. Cette pure hypothèse est-elle conforme à la réalité des faits ? Je laisse à d'autres plus compétents le soin de juger cette question, j'admets pour un instant la possibilité de la pseudo-perforation imaginée par notre collègue, et voyons encore si elle peut nous donner la clef de l'expectoration albumineuse consécutive à la thoracentèse.

En parcourant les observations consignées dans le remarquable travail de M. Terrillon (1), on voit que souvent, après la thoracentèse, à la suite de laquelle s'est produite l'expectoration albumineuse, l'épanchement pleurétique se reproduit, et cependant l'expectoration albumineuse ne reparait plus. Il devrait en être tout autrement si les lésions pleurales supposées par M. Féréol existaient réellement.

(1) Terrillon. *De l'expectoration albumineuse après la thoracentèse*. Thèse de Paris, 1873, observations III, XIV, XV, XVII.

Car, sous l'influence de la pression du liquide pleural épanché, compression assez forte pour appliquer le poumon contre la colonne vertébrale, la filtration devrait être plus énergique et, par cela même, l'expectoration albumineuse plus abondante.

Il faudrait aussi admettre, toujours avec la même hypothèse, que cette altération particulière a un siège bien spécial et bien limité qui serait la partie la plus déclive du poumon; en effet, comment concevoir qu'après avoir vidé aussi complètement qu'on le peut la poitrine par des appareils aspirateurs, et avoir constaté par des signes physiques la disparition presque totale de l'épanchement, comment, dis-je, admettre que, quelques instants après, le malade puisse rendre par la bouche plus de 700 grammes de liquide albumineux, comme dans le fait de M. Moutard-Martin (1), sans supposer que la pseudo-perforation existe à la partie inférieure du poumon et absorbe le liquide à mesure qu'il se produit?

Et cette perforation, si apte à absorber le liquide, ne laisserait passer aucune bulle d'air lorsque l'on vient à évacuer par aspiration le liquide contenu dans la plèvre? Cette absence du pneumothorax, après l'aspiration de l'épanchement pleural, est pour moi un des plus sérieux arguments contre la possibilité d'une fistule pleuro-bronchique. Il m'est impossible d'admettre qu'avec la force considérable développée à l'aide des nouveaux appareils maintenant employés pour évacuer le liquide pleurétique, l'air ne pénètre pas dans la cavité pleurale par la fistule, quelque étroite et quelque petite qu'on puisse la supposer, même en acceptant le *feutrage* pleural.

Ne voyons-nous pas, en effet, à la suite de ces ponctions aspiratrices, lorsque le poumon ne peut revenir occuper la place rendue libre par l'écoulement forcé du liquide, un épanchement se reproduire presque immédiatement pour combler le vide produit?

Je crois donc que toutes les fois que l'expectoration albumineuse aura suivi une thoracentèse faite avec l'appareil aspirateur sans produire de pneumothorax, on devra abandonner l'hypothèse d'une perforation pulmonaire; et notez que ces faits sont nombreux, puisque dans les vingt observations (2) connues d'expectoration albumineuse, plus de huit fois la méthode aspiratrice a été employée; et comme cette dernière tend à se généraliser de plus en plus, les faits analogues ne peuvent qu'augmenter de fréquence.

Ainsi donc, nous voyons que, même en admettant les lésions pleurales supposées existantes par M. Féréol, nous n'avons pas encore l'explication de l'expectoration albumineuse, et que bien des faits viennent battre en brèche cette théorie. Il nous semble donc que, contrairement aux assertions de notre collègue, de toutes les

(1) Terrillon. *Loc. cit.*

(2) Terrillon. *Loc. cit.* Observations III, IV, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XX.

raisons données pour expliquer l'expectoration albumineuse après la thoracentèse, la moins probable, la moins bien démontrée est, jusqu'ici, la théorie de la perforation pulmonaire spontanée.

Nous avons vu, en effet, que les perforations pleuro-bronchiques sans pneumothorax sont, chez l'adulte, excessivement rares, et que, sans pneumothorax, il est difficile de démontrer l'existence de la perforation; et comme, jusqu'ici, dans les cas d'expectoration albumineuse, ni à l'autopsie, ni dans les symptômes, ni dans la marche de la maladie, rien ne vient prouver la présence des fistules pleuro-bronchiques, nous devons considérer, jusqu'à nouvel ordre, ces dernières, dans ce cas, comme une pure hypothèse peu conforme d'ailleurs à la réalité des faits.

—
EXTRAIT

De L'UNION MÉDICALE (3^e série), année 1873.

—

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et C^e, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Biblioteka Główna WUM

Br.6728



000029317



Paris. — Imprimerie FÉLIX MALTESTE et C^e, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.



www.dlibra.wum.edu.pl