

Maurice Raynaud et M. Variot¹ n'est qu'une variété de la succussion. C'est un bruit de gargouillement que l'on constate quand on fait exécuter au malade des mouvements brusques de flexion et de redressement du tronc, et qui paraît dû au déplacement réciproque des liquides et des gaz contenus dans une plèvre à disposition cloisonnée.

La toux et l'expectoration font ordinairement défaut dans le pneumothorax. Pourtant, quand la fistule s'ouvre au-dessous du liquide, on peut observer une expectoration fort abondante, à pleine bouche. Un malade de Hensch se donnait des vomiques à volonté en se couchant de manière que le haut du tronc fût dans une position déclive; il rendait ainsi de grandes quantités de pus et se sentait très soulagé après chaque évacuation.

b. *Pneumothorax partiel.* — Il succède, soit à une tuberculose qui a déjà cloisonné la plèvre, soit à un empyème enkysté qui s'est ouvert dans les bronches. Son début est insidieux ou même latent, la douleur peut être nulle, la dyspnée insignifiante. Les signes physiques sont également incomplets et manquent de netteté. L'amplication thoracique, toujours circonscrite, est peu accusée; elle peut même être remplacée par une dépression causée par la rétraction des néo-membranes. Le son tympanique est inconstant; souvent il fait place au bruit de pot fêlé. La respiration amphorique est mêlée à des râles et à des gargouillements, l'expectoration est abondante, l'état général est mauvais; aussi, quand cette variété de pneumothorax siège au sommet, une étude minutieuse des symptômes est nécessaire pour la distinguer d'une excavation intra-pulmonaire.

Variétés étiologiques. — Le pneumothorax *tuberculeux* se présente sous les aspects les plus différents. Tantôt il débute d'une manière brusque et en quelque sorte solennelle, tantôt il s'établit insidieusement quand la plèvre est protégée par des fausses membranes. Dans certains cas, la mort survient immédiatement; plus souvent la survie est de quelques semaines ou de quelques mois; enfin le pneumothorax peut persister un an ou deux. Ce pneumothorax est tantôt général et tantôt partiel; le liquide peut être purulent, mais il est à remarquer que fort souvent il reste séreux pendant un temps indéfini.

Le pneumothorax *consécutif à une pleurésie purulente* peut s'établir par deux mécanismes; c'est quelquefois l'ouverture de la collection purulente à la paroi thoracique, mais c'est le plus souvent la rupture dans les bronches qui lui donne naissance. Dans ce dernier cas, son début est marqué par une vomique parfois très abon-

1. G. VARIOT, Du bruit de glou-glou provoqué dans certains pneumothorax, etc. (*Revue de méd.*, 1882).

dante et qui peut être immédiatement mortelle. Parmi les empyèmes, la variété pulsatile s'accompagne presque toujours de pneumothorax.

Le pneumothorax dit *simple* a un début très bruyant et vraiment dramatique, parce qu'il surprend le poumon libre d'adhérences et exempt de toute compression préalable. Il guérit ordinairement d'une façon rapide. A la suite de la rupture de vésicules emphysemateuses, le pneumothorax reste toujours pur; mais exceptionnellement il peut donner lieu à un épanchement séreux ou même purulent.

Le pneumothorax *chirurgical*, habituellement accompagné d'hémithorax, a presque toujours, comme le précédent, une évolution favorable, quand il n'est pas compliqué d'accidents septiques¹.

Marche. Pronostic. — L'évolution et le pronostic du pneumothorax sont essentiellement variables. Le pneumothorax double et même unilatéral peut tuer par asphyxie suraiguë ou progressive. Le pneumothorax pur et simple reste complètement apyrétique et guérit en trois semaines environ (Galliard). Le pyo-pneumothorax épuise le malade qui succombe lentement à la fièvre hectique. Le degré de la dyspnée, la cause du pneumothorax, l'état antérieur des poumons, l'existence ou l'absence d'un épanchement purulent sont les éléments qui permettent de se rendre un compte exact de la situation.

Bien loin d'aggraver toujours l'état des phtisiques, le pneumothorax paraît assez souvent produire un ralentissement marqué dans l'évolution morbide; ce serait même quelquefois un moyen de salut inespéré².

Diagnostic. — L'emphysème, un accès d'asthme, des tumeurs intra-thoraciques, certaines pneumonies ou pleurésies à signes pseudo-cavitaires ont parfois donné lieu à des méprises, mais l'erreur sera toujours évitée si l'on prend pour base de son appréciation l'ensemble des manifestations et non pas un symptôme unique. La respiration amphorique, par exemple, n'indique l'existence d'un pneumothorax que si elle s'associe au tympanisme et à l'absence des vibrations.

Suivant le conseil de M. Jaccoud, pour savoir si le pneumothorax

1. Les hémopneumothorax traumatiques ne suppurent pas quand ils sont peu abondants, parce que la plaie pulmonaire, étroite et superficielle, ne laisse arriver au foyer sanguin que l'air aseptique des alvéoles. Au contraire, les vastes épanchements suppurent souvent parce que la blessure qui ouvre les gros vaisseaux du poumon intéresse presque toujours en même temps des bronches assez volumineuses dont les mucosités sont chargées de microbes (EVRAIN, thèse de Paris, 1888). C'est là un nouvel argument en faveur de la loi pathogénique exposée ci-dessus et qui peut se résumer dans cette formule : sans microbes, pas de suppuration pleurale.

2. D'après Sehwald, la gravité plus grande du pneumothorax chez l'enfant s'expliquerait par cette circonstance que, dans le jeune âge, le médiastin se laisserait facilement refouler, d'où résulterait une compression du poumon opposé.

est généralisé ou partiel, il faut, dans la recherche des signes physiques, décomposer le thorax en trois zones : antérieure, axillaire et postérieure. L'absence des bruits spéciaux au pneumothorax en certains points, la présence dans ces mêmes points de bruits pulmonaires superficiels, normaux ou altérés, et de vibrations vocales nettement perceptibles, permettent de reconnaître que le pneumothorax est partiel.

Quand celui-ci siège au sommet, il est aisément confondu avec les vastes cavernes tuberculeuses, et cela d'autant mieux que le pneumothorax n'est pas rare dans la phtisie. Certaines excavations étendues présentent des signes amphoriques et même la succussion hippocratique (Weber, Wintrich, etc.). Le début brusque et l'aggravation immédiate des symptômes fonctionnels, l'absence de résonance de la voix, l'abolition des vibrations sont, d'après M. Jaccoud, les caractères qui feront distinguer le pneumothorax enkysté d'une cavité tuberculeuse. MM. G. Sée et Mathieu ajoutent que, si l'épanchement gazeux siège à gauche, il refoule le cœur à droite, ce qui d'après eux serait pathognomonique.

Quand le pneumothorax partiel occupe le voisinage de la base, il présente à peu près la même symptomatologie que l'abcès sous-phrénique (improprement appelé pyo-pneumothorax) dans lequel se sont épanchés des gaz venant de l'estomac ou de l'intestin¹. Cependant la constatation d'accidents antérieurs du côté de l'intestin ou du péritoine, l'écoulement de pus par les garde-robes, la déviation spéciale du cœur qui est refoulé presque directement en haut et à gauche dans le cas presque constant où la collection gazeuse est à droite, sont des signes de présomption en faveur de l'abcès sous-phrénique. Mais ce qui est tout à fait caractéristique, c'est, quand on pratique la ponction, l'augmentation de la force du jet liquide à chaque inspiration, tandis que c'est précisément l'inverse qui a lieu quand la collection est située au-dessus du diaphragme. Tels sont les éléments qui pourront être utilisés pour établir le diagnostic de l'abcès sous-phrénique et le distinguer du pneumothorax partiel inférieur à symptômes péritonéo-pleuraux (Dieulafoy²). L'erreur est encore plus difficile à éviter quand la collection de gaz et de pus, née de l'abdomen, traverse le diaphragme, décolle la plèvre et s'insinue entre cette séreuse et la paroi thoracique (Cossy³).

Le pneumothorax étant reconnu, il est nécessaire, pour lui appli-

1. Voir sur l'abcès gazeux sous-phrénique : DEBOVE et RÉMOND (*Soc. méd. des hôp.*, 25 oct. 1890).

2. TOLMER (Thèse de Paris, 1891).

3. *Arch. gén. de méd.*, 1879.

quer un traitement rationnel, de savoir si la fistule est ouverte, fermée ou à soupape.

Le pneumothorax est-il ouvert : l'ampliation thoracique est faible; par contre le tympanisme et les modifications qu'il subit suivant que la bouche est ouverte ou fermée, les signes amphoriques, le bruit d'airain, la succussion ont une grande netteté. La tension intra-pleurale est égale à la pression atmosphérique (ce qu'on peut vérifier facilement avec un trocart muni d'un manomètre à mercure), et la proportion d'acide carbonique contenu dans les gaz de la plèvre ne dépasse pas 5 pour 100.

Le pneumothorax est-il fermé : la tension intra-pleurale peut être inférieure ou supérieure à la pression atmosphérique. Dans ce dernier cas, la dilatation du thorax, le déplacement des organes voisins et la dyspnée sont accentués. La paroi distendue rend un son submat, le souffle amphorique fait ordinairement défaut. La teneur des gaz pleuraux en acide carbonique atteint ou dépasse 10 pour 100.

Le pneumothorax est-il à soupape : les signes observés sont moins tranchés. Dès que l'air contenu dans la plèvre est à une tension qui égale pendant l'inspiration celle de l'atmosphère, la soupape ne s'ouvre plus, le pneumothorax est momentanément fermé; mais il suffit de diminuer la tension intra-pleurale par une ponction pour voir reparaître tous les caractères du pneumothorax à soupape. D'après Weil, le pneumothorax tuberculeux serait surtout un pneumothorax à soupape ou fermé, à tension positive.

Le diagnostic de la cause s'appuie sur les commémoratifs et les signes concomitants. En dehors du pneumothorax consécutif à la pleurésie purulente, c'est presque toujours la tuberculose qu'il faut incriminer, même quand il n'existe aucune manifestation appréciable de cette maladie. Le pneumothorax par rupture de vésicules emphysémateuses ne doit donc être admis que par exclusion et sous toute réserve.

Traitement. — Il doit être envisagé aux différentes périodes.

Au début, le point de côté et la dyspnée seront calmés par les injections de morphine, les ventouses scarifiées *loco dolenti*, les inhalations d'oxygène. La ponction à cette période initiale n'est indiquée que lorsque l'asphyxie ou la syncope deviennent imminentes. Cet accident caractérise le pneumothorax à soupape que M. Bouveret¹ appelle pour cette raison pneumothorax suffocant. Pour remédier à l'excès de tension, cet auteur propose d'établir une fistule thoracique à l'aide d'un fin trocart maintenu par une ceinture élastique et recouvert d'un pansement antiseptique.

1. *Lyon méd.*, 1888.

Quand le pneumothorax demeure simple, il ne faut faire aucun traitement actif, la résorption spontanée de l'air étant la règle. Mais on s'appliquera à supprimer toutes les causes d'effort qui pourraient empêcher la cicatrisation ou rouvrir la fistule : constipation, quintes de toux, etc.

Quand un épanchement séreux s'accumule dans la plèvre, à moins qu'il ne devienne un danger par son abondance, il ne faut pas se hâter de l'évacuer, car en comprimant le poumon, il favorise la cicatrisation de la fistule et diminue les chances d'infection de la plèvre par les liquides bronchiques. La thoracentèse ne sera donc pratiquée qu'après s'être assuré, par l'analyse des gaz et la recherche de la tension intra-pleurale, que le pneumothorax est définitivement fermé. Pour éviter la rupture de la perforation, on pourra user du procédé imaginé par M. Potain qui, à l'aide d'un dispositif ingénieux, remplace le liquide, au fur et à mesure de son extraction, par de l'air stérilisé¹.

Quand l'épanchement est purulent ou putride, il est nécessaire d'intervenir promptement. Il ne faut déroger à cette règle que dans le cas de pneumothorax enkysté ouvert largement dans les bronches et évoluant spontanément vers la guérison. Mais, quand la fistule est trop étroite pour drainer convenablement la plèvre, il n'y a pas à hésiter : la collection intra-pleurale, comme toute autre collection purulente, exige un traitement actif.

Plusieurs procédés sont en présence. La ponction simple doit être rejetée; la ponction suivie d'injections intra-pleurales antiseptiques à la teinture d'iode, au sublimé, à l'acide borique, à l'acide salicylique, etc., a donné des résultats inconstants. Restent donc l'empyème et la résection des côtes. Bien que la question soit encore à l'étude, en comparant les résultats de ces deux opérations, il semble que l'empyème doive être le procédé de choix. L'opération d'Estlander, aussi bien dans le traitement du pyo-pneumothorax que dans celui de la pleurésie purulente, n'a pas donné tout ce qu'on en attendait; il doit être réservé pour le cas où la résection des côtes permet l'accolement exact des deux parois de la poche; il trouve donc son indication dans le pneumothorax circonscrit. Une des conditions de réussite de la résection, c'est qu'elle soit faite très largement. Au procédé ordinaire on pourra substituer le nouveau procédé de thoracoplastie imaginé par M. Quénu² : mobilisation d'un plastron thoracique en réséquant un petit fragment osseux aux extré-

1. POTAIN, Des injections intra-pleurales d'air stérilisé dans le traitement des épanchements pleuraux consécutifs au pneumothorax (*Bull. méd.*, 1888, p. 555).
2. *Acad. de méd.*, 1891.

mités de chaque côte. La résection pourra être employée, à titre d'opération complémentaire, pour faire disparaître la fistule persistante qui succède presque toujours à l'empyème dans le pyo-pneumothorax tuberculeux¹.

Il n'existe, à proprement parler, aucune contre-indication à l'intervention chirurgicale; assurément l'albuminurie, la dégénérescence amyloïde, la cachexie sont des conditions défavorables, mais elles ne doivent pas faire rejeter une opération radicale qui est l'unique chance de salut pour le malade. Le chirurgien ne devra pas négliger le traitement général; dans certains cas l'opéré a tiré grand bénéfice de la suralimentation, en particulier par le gavage (Debove, Leyden²).

E. JEANSELME.

VOMIQUES

Définition. Divisions. — On entend, sous le nom de vomique, l'évacuation, par les bronches, des collections purulentes du poumon, de la plèvre et de l'abdomen supérieur. Cette évacuation, généralement subite et massive, est parfois assez lente dans sa durée et fractionnée dans son débit; et, indépendamment de ces variétés de marche et d'allures, les vomiques diffèrent encore entre elles par l'abondance et la nature du pus rejeté. Ces variétés s'expliquent par le nombre et la diversité des lésions qui peuvent provoquer une vomique; aussi, dans la pathologie des organes du thorax et de la région supérieure de l'abdomen, la vomique est-elle un syndrome critique, dont l'apparition est souvent solennelle et la signification diagnostique toujours précieuse.

L'étude des vomiques comporte :

- 1° La description des variétés cliniques du syndrome;
- 2° La discussion du diagnostic étiologique du syndrome, fondée sur ces variétés mêmes et les phénomènes fonctionnels et physiques consécutifs à la vomique;

1. M. Netter, se fondant sur ses examens bactériologiques, conseillait la ponction dans l'hydro-pneumothorax tuberculeux, et l'empyème dans le pyo-pneumothorax de même nature.

2. Soc. de méd. int. de Berlin, 20 janv. 1830.