

respiratoires méthodiques (gymnastique des poumons) sont très bien indiqués concurremment avec les tentatives de *restauration de l'état général*. On dressera les malades à faire des inspirations profondes et on prescrira journellement des frictions froides sur la poitrine. Les *inspirations d'air comprimé* à l'aide de l'appareil pneumatique sont souvent suivies d'un bon résultat. On enverra, si faire se peut, les malades de la classe aisée qui ont passé par une pleurésie grave, dans une station climatique appropriée.

CHAPITRE DEUXIÈME.

PÉRIPLEURITE.

WUNDERLICH le premier a décrit sous le nom de *péripleurite* une forme morbide rare qui consiste en une inflammation du tissu cellulaire situé entre la plèvre pariétale et la paroi costale, se terminant par suppuration. Plus tard des cas semblables ont été observés à diverses reprises et il est à remarquer qu'à aucun d'eux on ne parvenait à assigner de *cause* probable. On ne pouvait invoquer ni traumatisme, ni affection primitive des côtes ou de la plèvre, etc. Il est évident cependant que la *cause* ne saurait être recherchée que dans l'introduction de micrococcus, agents provocateurs de la suppuration. Toutefois la solution de ce problème est réservée à des recherches ultérieures qui établiront si la péripleurite doit conserver ou non, dans le cadre nosologique, sa place d'entité morbide autonome.

La maladie semble être propre au sexe *masculin*. Elle commence d'ordinaire *subitement*, par un frisson et s'accompagne d'une *fièvre assez intense*. Les symptômes locaux, dans les cas prononcés, ont la plus grande ressemblance avec ceux de l'*empyème*. Notons cependant une *voussure* plus considérable de la *paroi thoracique*. Les côtes sont écartées l'une de l'autre par l'abcès qui souvent s'ouvre spontanément au dehors (presque jamais dans la plèvre). Comme caractère distinctif d'avec l'*empyème*, la *percussion* ne révèle pas de *signes de refoulement* des organes avoisinants. Un trait diagnostique important, c'est que *sous* l'abcès on peut souvent constater la présence de l'air comme dans un poumon à l'état normal. De plus, à l'opposé de l'*empyème*, le bord inférieur du poumon continue de glisser. Un autre signe de valeur a été signalé par BARTELS, c'est que la paroi de l'abcès se relâche dans l'inspiration et se tend dans l'expiration. Mentionnons parmi les *complications*, la *néphrite aiguë* qu'on a observée plusieurs fois.

D'après tout cela le *diagnostic* pourra la plupart du temps être posé pendant la vie. Le *pronostic* est généralement défavorable, quoiqu'on ait enregis-

tré des exemples de guérison. Le *traitement* est exclusivement chirurgical et en tout semblable à celui de l'*empyème*.

CHAPITRE TROISIÈME.

PNEUMOTHORAX.

(Pyo-Pneumothorax. Séro-Pneumothorax.)

Étiologie. La formation d'un pneumothorax, ou la présence d'air ou de gaz dans la cavité pleurale, résulte, dans la grande majorité des cas, de ce que l'air a pénétré dans la plèvre par une ouverture accidentelle. Cette ouverture peut être située dans la *paroi thoracique* (plaies pénétrantes de la poitrine, opération de l'*empyème*) ou dans la *plèvre pulmonaire*. Le pneumothorax se déclare presque toujours au cours de la *tuberculose pulmonaire*, quand une caverne qui affleure la plèvre se rompt dans la cavité pleurale. Il se produit, plus facilement dans la phthisie à évolution rapide que dans celle qui affecte une allure chronique, parce que, pour ce qui concerne cette dernière, des adhérences et des rétractions étendues y mettent obstacle. Le pneumothorax ne complique d'ordinaire que les dernières étapes de la phthisie quoiqu'il puisse incidenter les lésions pulmonaires peu avancées.

A part la tuberculose, la gangrène du poumon et l'abcès de cet organe peuvent également donner lieu au pneumothorax par perforation. En outre la *rupture de l'empyème* dans le poumon peut le provoquer. Dans des cas insolites on a vu la communication de la plèvre avec l'œsophage et l'estomac (ulcère de l'estomac) donner naissance à un pneumothorax.

La formation du pneumothorax est rare après les *traumatismes violents* qui amènent la déchirure du poumon sans léser la paroi thoracique. Un semblable effet paraît pouvoir être produit par des mouvements respiratoires exagérés, accompagnés de grands efforts. Nous avons vu nous-même un pneumothorax se déclarer subitement chez une femme bien portante qui suspendait son linge, et chez un jeune homme pendant un violent exercice de canotage. Tous deux ont guéri complètement et en peu de temps.

Cependant toutes les causes susdites comptent à peine, mises en regard de la phthisie. Disons encore que, même en cette dernière circonstance, il faut parfois le concours d'une *cause occasionnelle*, comme un fort accès de toux, un vomissement, un effort musculaire, etc. pour provoquer le pneumothorax.

Beaucoup d'auteurs prétendent que la *décomposition putride des exsudats pleuraux* peut également donner lieu à un développement de gaz, et par suite à un pneumothorax. Cependant un fait de cette nature, si tant est qu'il est possible, est extrêmement rare.