

tement, insidieusement, sans douleur bien marquée. Entre ces deux types se placent tous les intermédiaires.

La hernie congénitale est reconnue, soit au moment de la naissance, soit encore, le plus souvent, dans les jours ou les mois qui suivent.

La hernie traumatique sans plaie est, presque toujours, masquée par d'autres lésions plus importantes (fracture de côte, déchirure du poumon, etc.).

La hernie consécutive, se développe lentement le plus souvent, la douleur est peu vive, les malades éprouvent plutôt de la gêne, ou ne s'en aperçoivent qu'après quelques quintes de toux.

Période d'état. Signes physiques. — La peau, dans les variétés spontanées, est le plus souvent saine; mais elle porte les vestiges des plaies ou blessures de la paroi dans la hernie consécutive. — Dans trois observations de hernie spontanée, produite par un violent effort, on trouve notée une ecchymose très étendue, qui, dans un cas, s'étendait du 3^e espace intercostal à la partie inférieure du thorax.

Le volume est variable: en général, il est en rapport avec l'orifice qui livre passage au poumon, mais il n'en est pas toujours ainsi, et l'on a pu voir des hernies, grosses comme une noix, sortir par un orifice du diamètre d'un pois. Chez le malade de Després, la hernie avait 20 centimètres de longueur sur 10 de largeur. D'autres fois, à peine marquée, elle consiste, simplement, en une très faible saillie de la paroi, visible au moment de l'effort et de la toux.

Elle est, tantôt régulièrement arrondie, tantôt allongée en poire. Dans le cas de Cockle, elle présentait un étranglement de la partie moyenne: *hernie en bissac*.

À la palpation, elle donne à la main la sensation d'une masse molle, spongieuse, élastique, faussement fluctuante. La réduction, par une pression assez forte mais surtout continue, peut être facile et totale, ou bien incomplète, ou même impossible. Dans ce dernier cas on fait bien disparaître la tumeur en la vidant de l'air qu'elle contient mais elle reparait aussitôt au moindre effort.

Par la palpation on perçoit un signe important bien décrit par Morel-Lavallée, c'est la crépitation: « C'est, dit-il, comme un lobule pulmonaire qu'on vous insuffle entre les doigts, car ils sentent en même temps la consistance souple et spongieuse du tissu qui se développe. » Mais ce signe n'est pas constant et manque souvent.

La percussion donne une sonorité variable suivant l'état anatomique de la partie herniée. Elle peut être submaté ou maté dans les cas de lésion du tissu pulmonaire qui la forme; à l'auscultation, on entend souvent le murmure vésiculaire normal, et si on vient à faire tousser le sujet, l'oreille perçoit une crépitation intense et nombreuse: c'est celui d'un lobule pulmonaire qu'on vous insuffle à l'oreille. Ce signe manque dans le cas d'emphysème.

On entend parfois, à distance, au moment de la sortie de la hernie, des bruits assez forts: bruit de vessie sèche dans le cas de Plater, bruit semblable à celui de l'eau bouillante, dans le cas de Kœhler.

Le volume de la hernie varie souvent dans les différents temps de la respiration. Les anciens auteurs pensaient qu'elle augmentait pendant l'inspiration pour diminuer dans l'expiration. Cloquet a montré qu'au contraire, au moment de l'inspiration, l'air contenu dans la hernie est attiré au dedans, et que, par suite, elle diminue.

Dans l'expiration elle augmente de volume. Tous les efforts, toux, cris, etc., tendent à la rendre plus saillante.

D'abord intermittente et n'apparaissant que dans l'expiration forcée, elle peut devenir continue, ne se réduisant jamais spontanément, et, quelquefois même, être complètement irréductible. Buntzen, a observé, sur une fille de treize ans, une pneumocèle datant de la naissance, qui disparaissait pour revenir par intermittence; une fois elle ne reparut qu'au bout de deux ans.

Signes fonctionnels. — La douleur, très vive dans les hernies de force au moment de leur apparition, est, le plus souvent, peu marquée dans la hernie constituée. Elle consiste en pincements, tiraillements, oppression, essoufflement facile. Elle peut manquer tout à fait. La réduction se fait généralement sans douleur, mais il n'en est pas toujours ainsi. Le malade de Pietkiewicz était pris de troubles gastriques, de vomissements, quand sa hernie disparaissait, et ne recouvrait la santé que si la hernie se reproduisait. Il en était de même sur une malade de M. Galliard, atteinte de pneumocèle sus-claviculaire. La moindre tentative de réduction déterminait de l'étouffement et des nausées.

Marche. — Abandonnée à elle-même, elle n'a pas de tendance à guérir spontanément. Il n'en existe qu'un cas, appartenant à Fox (1) En général, elle s'accroît peu à peu sous l'influence de l'effort de la toux, elle reste parfois stationnaire. Réductible d'abord, elle devient irréductible par suite de la formation d'adhérences entre la partie pulmonaire herniée et ses enveloppes.

C'est une affection plutôt gênante que grave. Elle limite l'effort, s'oppose à tout travail pénible, et prédispose aux bronchites, à l'emphysème.

Il n'existe pas d'exemple de hernie même traumatique abandonnée à elle-même qui ait amené la mort.

Diagnostic. — Une tumeur du thorax, présentant l'ensemble des symptômes que nous avons étudiés: variation de volume au moment de la respiration, réduction avec crépitation, sonorité à la crépitation, donnant à l'auscultation le murmure vésiculaire, sera difficilement confondue avec un épanchement sanguin, un abcès froid, un ané-

(1) Fox, *Med. Times*, 1876.

vrysme, un pyopneumothorax, une caverne pulmonaire ouverte sous la peau, qui ne présentent que des rapports grossiers avec la pneumocèle et seront facilement reconnus. L'emphysème sous-cutané limité, ne constitue pas une tumeur, il est diffus et disparaît rapidement. Il peut coexister avec la pneumocèle, dans le cas où la partie pulmonaire herniée a été atteinte par le traumatisme, comme dans les observations de Roché, Reynier. Quant aux hernies abdominales à travers le diaphragme et un espace intercostal, elles sont très rares. En général irréductibles, elles ne présentent ni crépitation, ni modifications sous l'influence de la respiration.

Dans un cas de hernie pulmonaire avec plaie, la partie du poumon hernié fut prise pour de l'épiploon et réséquée, d'ailleurs sans accident.

Traitement. — Quand il s'agit de *hernie sans plaie*, sans accident sérieux, réductible, l'indication opératoire est de la maintenir réduite à l'aide d'un bandage muni d'une pelote dont la forme sera appropriée à l'orifice herniaire qu'elle devra obturer. Le meilleur moyen de l'obtenir, est de faire cette pelote en aluminium après moulage de la région.

Dans le cas de hernie irréductible, facilement supportée, une ceinture munie d'une pelote excavée s'opposera à l'augmentation de la pneumocèle.

La cure radicale a été tentée avec succès par M. Tuffier. Il s'agissait d'une pneumocèle siégeant au niveau du 2^e espace intercostal. M. Tuffier, après incision des téguments, décolla la plèvre pariétale, explora avec le doigt le sommet du poumon, fit la cure radicale et obtint un succès complet. Ce serait la conduite à suivre pour une hernie douloureuse et difficilement contenue, ou ayant tendance à augmenter.

Dans les cas où la hernie succède à un traumatisme violent du thorax, l'intervention sera commandée par les phénomènes généraux. Si ceux-ci menacent la vie, il faut agir; c'est ce que fit M. Reynier qui, après avoir suturé une plaie pulmonaire siégeant sur la hernie, réduisit celle-ci, débarrassa la plèvre des caillots qu'elle contenait, et reconstitua par des sutures l'espace intercostal. Il obtint une guérison parfaite.

Au contraire, si les phénomènes généraux sont peu marqués, on se contentera, comme font MM. Roché, Köhler et Poirier, d'appliquer sur la région où siège la hernie un pansement compressif, fait d'un bandage de corps et d'un épais tampon, ou de compresses qu'on place au niveau de la hernie. Par ce moyen, on en obtiendra la disparition presque complète, comme Roché, ou la guérison totale de la hernie, comme M. Poirier.

En présence d'une *hernie par plaie*, l'indication est de réduire la hernie après l'avoir nettoyée, aseptisée. Cette réduction, souvent

difficile, s'accompagna, dans les deux cas connus, de syncope. Aussi ne faudrait-il pas hésiter à débrider l'espace intercostal. Mais, si l'on avait quelque doute sur l'état du poumon, sur son degré de vitalité, le mieux serait de réséquer la partie herniée, soit au thermocautère, soit au bistouri, après ligature, et de réduire ensuite le reste du poumon. C'est ce qui fut fait, et avec succès, dans les premières observations rapportées. Le drainage de la plèvre sera nécessaire si l'on conserve la moindre crainte d'une infection possible.

VIII. — CHIRURGIE PULMONAIRE.

Depuis quelques années les efforts et les travaux des chirurgiens se sont portés du côté de l'intervention active dans les lésions du poumon. Ce n'est pas, toutefois, que les anciens auteurs n'aient pas songé, en présence de l'impuissance de la médecine, à agir directement sur le poumon : on fait même remonter à Hippocrate l'honneur d'avoir pratiqué la première pneumotomie. L'histoire de la chirurgie peut être divisée en trois périodes.

Dans la première période, on discute les indications, mais sans les mettre en pratique.

Dans la deuxième, les chirurgiens essayent de traiter les maladies pulmonaires par des injections modificatrices.

Dans la troisième, qui est la période actuelle, l'audace des chirurgiens s'est accrue, et l'on ne craint plus d'ouvrir directement le poumon.

Première période. — En 1696, Baglivi indique d'une façon nette la possibilité d'ouvrir les foyers purulents du poumon. En 1727, Barry, Ponteau en 1783, Richter en 1805, émettent la même opinion, mais se contentent de ponctions faites un peu au hasard. Bell, en 1805, incisa, le premier, un abcès du poumon : il fut imité par Krenier en 1830, et Stokes en 1845.

Deuxième période. — L'intervention directe tombe dans l'oubli de 1830 à 1873, et l'on se contente d'injections de liquides modificateurs divers.

Troisième période. — Mosler, en 1873, incisa, mais sans succès, une caverne du poumon : il fut imité par Rodeck, Cayle, Lawson, etc. Tous les malades moururent. Le premier succès appartient à Fenger. Depuis, les observations se sont multipliées. Des statistiques nombreuses sont publiées par Bull qui rapporte 32 cas de gangrènes du poumon incisées et guéries, par Turc, par Duvies, par Roswell Purck (83 pneumotomies), par Lopes qui réunit 92 observations, par Richerolle (Thèse Paris, 1892), par Morillon, Brezard (Thèses Paris, 1897). Les plus importants travaux sur ce sujet ont été publiés par M. Reclus (1) et plus récemment, par M. Tuffier qui a réuni un

(1) RECLUS, *Congrès de chirurgie*, 1895.