

du catarrhe bronchique, les vibrations vocales sont perceptibles, enfin la lésion est presque toujours bilatérale, tandis que le pneumothorax double est extrêmement rare. — La PLEURÉSIE et la PNEUMONIE peuvent présenter, par exception, du *souffle amphorique*; mais il n'est jamais aussi éclatant, aussi pur que celui du pneumothorax, il diminue ou même disparaît lorsque le malade respire très-doucement (Biermer), et il présente son maximum au niveau de la racine et du sommet du poumon. Il est à remarquer d'ailleurs que quand ces lésions produisent de l'amphorisme à l'auscultation, elles ont dépassé la période à laquelle elles peuvent déterminer du tympanisme à la percussion; et la matité prévient la méprise à laquelle pourraient donner lieu le souffle et la voix amphoriques. Dans la pleurésie, en outre, le souffle amphorique coïncide d'ordinaire avec du gargouillement bronchique. Le *tympanisme sous-claviculaire* de la pleurésie aiguë ne peut pas tromper davantage; avec cette sonorité anormale on trouve en arrière une matité absolue ou le bruit de pot fêlé, et au niveau de la zone tympanique les phénomènes métalliques d'auscultation font défaut.

Les CAVERNES TUBERCULEUSES à tympanisme et à bruits amphoriques sont d'un diagnostic plus difficile, car si elles sont très-considérables, elles peuvent présenter même la succussion hippocratique (cas de Weber, de Wintrich, de Jaccoud). On aura égard aux circonstances suivantes : dans le cas de caverne, le développement des phénomènes amphoriques n'est ni subit ni douloureux, il n'y a pas de dyspnée; — l'ampliation thoracique manque souvent; au contraire, il y a un affaissement de la paroi; — les vibrations vocales sont conservées ou même accrues; — les bruits amphoriques purs coïncident ou alternent avec de gros râles caverneux bien plus forts et plus nombreux que ceux du pneumothorax; — comme la caverne communique largement avec les bronches, le son tympanique de percussion est modifié dans sa tonalité suivant que la bouche du malade est ouverte ou fermée; le ton s'élève dans le premier cas, il s'abaisse dans l'autre (Wintrich). Friedreich a montré que l'ouverture de l'orifice glottique a la même influence, c'est-à-dire que la hauteur du son monte pendant l'inspiration forte (agrandissement de la glotte), et qu'elle baisse au moment de l'expiration (rétrécissement de la glotte); — la caverne simulant un pneumothorax implique une phthisie très-avancée; on trouve donc, autour du foyer amphorique et dans l'autre côté de la poitrine, les signes du ramollissement ou de l'ulcération pulmonaire. Ce dernier élément est un des plus importants dans le diagnostic de la caverne et du *pneumothorax enkysté*.

Quant au diagnostic de la CAUSE, il sera toujours facilement établi d'après les antécédents du malade, les caractères de l'expectoration (vomique pleurale, hépatique, rénale), la présence ou l'absence de l'épanchement liquide; c'est dans le pneumothorax par emphysème simple, ou par

rupture pulmonaire, suite d'effort et de contusion, que l'on observe ordinairement l'épanchement gazeux pur.

## TRAITEMENT.

Dans le pneumothorax, suite de traumatisme ou de déchirure pulmonaire, la saignée peut être indiquée pour remédier à la fluxion du poumon sain; mais, dans les autres conditions, qui sont de beaucoup les plus fréquentes, l'état des malades contre-indique les émissions sanguines générales; tout au plus pourrait-on agir localement au moyen de ventouses scarifiées pour combattre la douleur, indication qui peut aussi être remplie par des applications de glace; elles ont cet autre avantage de diminuer la dyspnée en condensant les gaz épanchés. En tout cas, les opiacés à hautes doses constituent le traitement par excellence; traitement palliatif, cela va sans dire, qui soulage le malade, mais ne peut rien sur l'évolution ultérieure du processus.

La ponction de la poitrine est indiquée toutes les fois que la dyspnée est assez forte pour faire redouter la suffocation; il y a là une *indication vitale* qu'on n'a le droit de négliger que dans les cas où les lésions préexistantes menacent par elles-mêmes le malade d'une mort très-prochaine. On a dit que la ponction du thorax n'est aussi qu'un moyen palliatif; il faut distinguer: dans le pneumothorax sans perforation (pneumothorax pleurétique), elle peut devenir curatrice en enlevant à la fois les gaz et le liquide qui les a produits; dans le pneumothorax avec perforation, la ponction serait purement palliative si l'ouverture pathologique restait toujours béante, l'air se renouvelant alors à mesure qu'il est extrait; mais comme il est certain que, dans la *majorité des cas*, la perforation est fermée très-rapidement, la ponction faite quelques jours après le début des accidents peut vraiment être dite curatrice, et elle l'est en effet.

## CHAPITRE IV.

## TUBERCULOSE. — CANCER.

La *tuberculose* (1) de la plèvre n'est jamais l'unique expression de la diathèse; elle coïncide soit avec les granulations généralisées de la tuber-

(1) ROKITSKY, LEBERT, WINTRICH, *loc. cit.*

VIRCHOW, *Verhandl. der phys. med. Gesells. in Würzburg*, 1850. — JACCOUD, *Bullet. Soc. anat.*, 1858. — EMPIS, *Des inflammations tuberculeuses de la plèvre et du poumon* (*Gaz. hôp.*, 1866). — VAN DEN CORPUT, *Tuberculisation de la plèvre* (*Presse méd. belge*, 1868). — LÉPINE, *Soc. de biologie et Gaz. hôp.*, 1870.

culose miliaire aiguë, soit avec les altérations de la tuberculose pulmonaire commune; dans le premier cas, la lésion consiste dans la présence de granulations qui occupent le tissu même de la plèvre, notamment dans la région diaphragmatique; dans le second cas, la lésion a une double modalité: le plus ordinairement elle est constituée par la granulose de fausses membranes résultant de pleurésies antérieures, c'est là la règle; mais, dans quelques cas sur lesquels Lépine a récemment appelé l'attention, le processus granuleux de la plèvre paraît être le résultat d'une propagation directe; les lésions tuberculeuses du poumon s'étendent jusqu'à la plèvre viscérale, et bien qu'il n'y ait pas d'adhérences et que le reste de la séreuse soit sain, la plèvre pariétale présente des granulations dans le point correspondant à la lésion du feuillet viscéral. Dans deux des faits rapportés par cet observateur, l'altération pulmonaire génératrice de la granulose pleurale n'était pas tuberculeuse, elle consistait en noyaux sous-pleuraux de pneumonie caséuse; ces faits sont en faveur de la doctrine de l'infection secondaire par foyers caséux. — Dans certains cas enfin, les tubercules réunis en amas ou conglomérés siègent dans le tissu sous-séreux du feuillet costal de la plèvre; ils ne restent point alors à l'état de tubercules crus, ils subissent leur évolution ordinaire et déterminent des cariés costales avec abcès symptomatiques qui s'ouvrent soit au dehors, soit dans la plèvre, soit dans les deux directions à la fois, donnant ainsi naissance à un pyopneumothorax.

Le **cancer** (1) de la plèvre est de l'encéphaloïde; il n'est jamais primitif, et coïncide ordinairement avec un cancer du médiastin ou du poumon; dans ce dernier cas, le cancer pleural se continue directement avec les masses pulmonaires, ou bien il en est indépendant et se présente, sous forme de noyaux diffus, soit dans la plèvre diaphragmatique et viscérale, soit dans les couches profondes du feuillet costal. Dans d'autres circonstances, le cancer de la plèvre est l'effet d'une reproduction ou d'une propagation dont le point de départ est une tumeur cancéreuse du sein, opérée ou encore présente. J'ai rapporté dans ma clinique deux faits qui se

(1) Voyez la bibliographie du Cancer du poumon. En outre :

FRÄNTZEL, *Berlin. klin. Wochens.*, 1867. — JACCOUD, *Clinique méd. Paris*, 1867. — KAULICH, *Prager Vierteljahr.*, 1868. — MURCHISON, *British med. Journal*, 1868. — J. R. BENNETT, *Transact. of the path. Soc.*, XVIII, 1868. — LÉPINE, *loc. cit.*, 1870.

FONTAN, *Dégénérescence cancéreuse du médiastin, de la plèvre, du poumon, du foie, pleurésie droite* (*Lyon méd.*, 1870). — JEPHSON, *Cancer of the mediastinum with effus. into pleural cavity* (*Med. Times and Gaz.*, 1870). — JACCOUD, *loc. cit.*, 1872.

BENNETT, *Cancerous and other intrathoracic growths; their natural history and diagnosis*. London, 1872. — GORDON, *Case of hæmorrhagic Sarcoma of the pleura combined with extensive pleuritic Effusion* (*Dublin Journ. of med. Sc.*, 1874). — LASÈGUE, *Pleurésie droite développée sous l'influence d'un lymphosarcome en voie de généralisation* (*Arch. de méd.*, 1874).

rattachent à la première de ces deux éventualités, et c'est précisément la notion de l'opération antérieure qui m'a permis de faire un diagnostic justifié plus tard par l'autopsie. Les cas plus récents de Lépine concernent des cancers mammaires non encore opérés. Dans cette forme, l'altération cancéreuse secondaire peut envahir à la fois la plèvre et le poumon, mais elle est ordinairement unilatérale, elle occupe le côté correspondant au foyer cancéreux extérieur.

Les lésions précédentes n'ont pas de symptômes qui leur soient propres; le **diagnostic** est fondé principalement sur les antécédents, sur l'état général (cachexie) des malades, sur les signes physiques fournis par les poumons, parfois aussi, dans le cas de cancer surtout, sur les phénomènes de compression qui caractérisent les tumeurs intrathoraciques. En ce qui concerne l'ÉPANCHEMENT LIQUIDE, il y a lieu d'établir trois groupes de cas: il y a un épanchement séreux ou séro-fibrineux; — il y a un épanchement sanguinolent; — il n'y a pas ou presque pas d'épanchement. Cette dernière éventualité est la plus favorable pour le diagnostic; la persistance indéfinie de gros bruits de frottement chez un individu qui présente d'ailleurs les signes d'une tuberculose avancée ou d'une cachexie cancéreuse, ou qui a subi une opération suspecte, révèle presque à coup sûr une néoplasie pleurale. L'épanchement non sanglant n'indique rien, il appartient au tubercule et au cancer de la plèvre aussi bien qu'à la pleurésie simple; l'épanchement sanguinolent est une présomption en faveur du tubercule ou du cancer, mais on ne possède cet élément d'appréciation qu'après la thoracentèse. Cette opération est indiquée toutes les fois que la dyspnée devient une cause de péril.