

plus déclives, sa présence y est révélée par une matité plus ou moins étendue, tandis qu'au-dessus du niveau de l'épanchement liquide, on obtient par la percussion une résonance plus ou moins tympanique.

L'auscultation fournit dans le pneumothorax des résultats plus importants encore que ceux donnés par la percussion. Elle prouve que le premier effet d'un épanchement d'air dans la plèvre est d'affaiblir le murmure naturel de la respiration ou même de l'abolir tout à fait lorsque la compression exercée sur le poumon est très-considérable. D'autres phénomènes moins constants que les précédents, mais plus curieux, plus caractéristiques, sont fournis par l'auscultation; ce sont : le *tintement métallique*, la *respiration* et la *voix amphorique*, la *fluctuation hippocratique*.

Laënnec a désigné sous le nom de *tintement métallique* un phénomène très-curieux consistant le plus souvent en un bruit unique, semblable à celui que rend une coupe de métal, de verre ou de porcelaine que l'on frappe légèrement avec une épingle ou dans laquelle on laisse tomber un grain de sable. Toutefois la sensation n'est pas toujours la même; en effet, au lieu d'être unique, le bruit est parfois multiple, c'est-à-dire qu'on entend alors une série de tintements argentins, comme si plusieurs grains de plomb tombaient successivement et rapidement les uns après les autres dans un vase d'airain; enfin, ailleurs on perçoit un frémissement tel que le produirait une corde métallique qui entrerait en vibration. Quelle que soit celle de ces trois formes que le phénomène revête, le tintement métallique peut être perçu pendant les mouvements respiratoires, et plus sûrement encore lorsque les malades parlent ou bien lorsqu'ils toussent; enfin, dans quelques cas assez rares, il se produit lorsque le malade, qui était couché sur le dos, se soulève brusquement pour s'asseoir.

La présence d'un épanchement à la fois liquide et gazeux dans la plèvre, et sa communication avec l'air extérieur, paraissent être les deux conditions indispensables pour la manifestation du tintement; cependant le mécanisme suivant lequel il est produit n'est pas encore parfaitement établi. Le tintement métallique est-il l'effet de la résonance de l'air agité à la surface de l'épanchement, ou de la chute d'une goutte de liquide tombant du sommet de la cavité sur la collection séreuse ou purulente amassée dans la partie déclive (Laënnec), ou du cliquetis qui s'effectue entre les molécules du liquide ébranlé et contenu dans un vase à parois sonores et rempli en grande partie d'air? Ou bien dirons-nous, avec Dance et M. Beau, que c'est une bulle d'air qui, en venant crever à la surface du liquide après l'avoir traversé, produit une résonance métallique? Explication inadmissible pour les cas fréquents où la fistule située au sommet est placée au-dessus du niveau de l'épanchement. Ou bien doit-on supposer avec M. Guérard que l'orifice fistuleux étant obstrué par des lambeaux membraneux et par un liquide visqueux, l'air extérieur rompt pendant l'inspiration cette sorte de soupape; ou bien que la rupture s'opérant pendant l'expiration, mais en sens inverse, il en résulte un choc, un son unique qui, en retentissant dans une vaste cavité, produit le timbre métallique du tintement? Enfin, faut-il dire avec un observateur distingué, M. de Castelnau, que le tintement métallique n'est qu'un *râle amphorique*, c'est-à-dire un râle muqueux ou sous-crépitant, qui naîtrait à l'extrémité de la bronche et retentirait dans une cavité spacieuse à la faveur d'une communication établie entre elle et les voies aériennes? Il serait difficile d'adopter l'une de ces explications d'une manière exclusive, car aucune d'elles ne peut rendre compte de tous les cas particuliers : c'est ce qui nous fait supposer, avec MM. Barth et

Roger, que la cause du tintement métallique est probablement multiple. Quoi qu'il en soit, ce phénomène s'entend, en général, dans une grande étendue, et il est d'autant plus marqué que les quantités de liquide et de gaz contenues dans la poitrine sont dans des proportions plus égales.

Le tintement métallique coïncide ou alterne presque toujours avec le phénomène connu sous les noms de *respiration amphorique*, de *souffle amphorique* ou *métallique*. Ce dernier consiste en un bruit retentissant, semblable à celui qu'on produit lorsqu'on souffle dans une carafe ou dans une bouteille vide. On le perçoit dans les deux temps de la respiration, surtout pendant l'inspiration : il est continu ou intermittent; il est plus ou moins étendu; il siège communément dans le tiers moyen, et provient des vibrations que subit la colonne d'air en s'introduisant dans la plèvre à travers la fistule des poumons. Ce phénomène, comme le tintement métallique, est variable, mais à un degré beaucoup moindre pourtant que ce dernier. Il est en effet constant toutes les fois que la fistule est perméable, mais il peut varier d'intensité suivant que le malade respire plus ou moins énergiquement; il peut disparaître momentanément quand la fistule est obstruée; il cesserait même tout à fait si elle s'oblitérait. Non-seulement l'air retentit en arrivant dans la plèvre pendant l'inspiration, mais lorsque le malade parle, sa voix produit une résonance très-bruyante, caractéristique, à laquelle on donne le nom de *voix amphorique*. La toux produit un phénomène analogue : on dirait que les malades toussent dans une amphore vide (*toux amphorique*).

La *fluctuation thoracique* ou *hippocratique* est le dernier signe fourni par l'auscultation. On le produit lorsqu'on imprime une secousse brusque à la poitrine du malade. On a alors la sensation d'un gargouillement pareil à celui qu'on produit lorsqu'on agite une carafe remplie au tiers d'eau. Ce phénomène, qui peut être plus ou moins intense, est perçu lorsqu'on met l'oreille sur la poitrine du malade, souvent aussi il est entendu à distance; les malades eux-mêmes peuvent en avoir la conscience, ils le produisent à volonté lorsqu'ils se retournent dans leur lit ou qu'ils descendent un escalier. La connaissance de ce phénomène est très-ancienne, puisqu'elle remonte à Hippocrate; mais le père de la médecine n'avait pas su en fixer la valeur sémiotique.

Les phénomènes si remarquables fournis par l'exploration thoracique que nous venons de faire connaître ne sont pas toujours réunis chez le même individu. Quelques-uns peuvent être perçus d'une manière tout à fait passagère ou bien même manquer complètement : tels sont d'abord le tintement métallique, puis la fluctuation hippocratique, et en dernier lieu la respiration, la toux et la voix amphoriques. Par contre, l'exagération de la sonorité, la faiblesse ou l'absence du murmure vésiculaire, se rencontrent toujours, quoiqu'à divers degrés et dans une étendue variable, chez tous les malades sans aucune exception, et quelle que soit la lésion organique qui a produit le pneumothorax. Le souffle amphorique, ai-je dit déjà, manque probablement lorsque la fistule pulmonaire est bouchée. Skoda a soutenu une opinion contraire, et émis l'idée fort contestable que le souffle amphorique pouvait être produit lorsque la cavité de la plèvre n'était séparée d'une bronche que par une lame mince, à travers laquelle les vibrations de l'air pouvaient se transmettre aux gaz renfermés dans la cavité pleurale. A l'appui de son opinion, Skoda a institué l'expérience suivante : il recouvre l'orifice d'une cruche d'une feuille de papier; puis, soufflant dessus avec force, il détermine dans l'intérieur du vase un bruit analogue à celui de la respiration amphorique; si le diaphragme est un peu plus épais, le bruit n'est plus produit. On ne saurait vraiment établir aucune

parité entre cette expérience et les conditions anatomiques qu'on trouve dans le pneumothorax, où le tissu pulmonaire, toujours plus ou moins affaissé, recouvert de fausses membranes, bridé par elles, n'est pas dans les conditions physiques d'une pellicule mince qu'on tend à volonté, et à laquelle on peut aisément imprimer des vibrations. Mais s'il est pour le moins fort douteux que la respiration amphorique puisse jamais être perçue lorsqu'il n'existe pas de fistule pulmonaire, il n'en est peut-être pas de même du tintement métallique, ainsi que de la toux et de la voix amphoriques, qui semblent pouvoir être encore produits lorsque la plèvre n'est pas en communication avec la cavité des bronches. C'est ainsi que le tintement métallique a quelquefois été entendu après l'opération de l'empyème, lorsque l'air extérieur avait pénétré par la canule dans la plèvre; le phénomène a parfois même persisté après la cicatrisation de la plaie: c'est ce que Aran a observé dans deux circonstances. On comprend aisément qu'il ne soit pas nécessaire, pour qu'on entende la toux et la voix amphoriques, qu'il y ait fistule pleurale, la vibration pouvant aisément se transmettre du poumon même très-comprimé à la masse d'air qui est épanchée dans la plèvre. Quant à la fluctuation hippocratique, elle se produit du moment que la plèvre contient simultanément des liquides et des gaz.

Les malades atteints de pneumothorax toussent plus ou moins, et rejettent des crachats d'aspect très-variables. Ce symptôme dépend d'ailleurs bien moins de l'épanchement gazeux lui-même que de la maladie préexistante, telle que tubercules ou pleurésie. Dans le premier cas, on a prétendu que la compression des poumons par l'air extravasé devait produire l'affaissement des cavernes, et par suite une diminution dans la sécrétion des crachats; mais on ne peut invoquer en faveur de cette opinion qu'un très-petit nombre de faits. Dans les cas par contre d'épanchements pleurétiques primitifs, ou bien dans ceux qui sont consécutifs à la perforation pulmonaire, on voit parfois les malades rejeter, après des efforts de toux et de vomissement, une grande quantité de liquide puriforme, d'une odeur fade ou alliagée. Cette évacuation, beaucoup plus rarement observée ici qu'après des pleurésies circonscrites, peut se renouveler plus ou moins fréquemment; et c'est lorsque les malades ont ainsi expulsé une partie du liquide contenu dans la plèvre que quelques-uns des phénomènes physiques signalés plus haut, et particulièrement la respiration amphorique, deviennent plus manifestes. Inutile de dire que les matières expectorées et que l'haleine des malades exhalent une puanteur gangréneuse, lorsque le pneumothorax est symptomatique d'une mortification des poumons.

Les symptômes généraux sont en rapport avec les lésions graves qui existent du côté des voies aériennes; le pouls est habituellement fréquent et petit; il y a fièvre hectique; l'amaigrissement fait des progrès incessants; les malades, toujours plus ou moins essoufflés, incapables le plus souvent du moindre exercice, restent habituellement dans leur lit, la tête et la poitrine élevées, et couchés sur le côté affecté. Il est bien rare que l'orthopnée que nous avons notée dès le début persiste longtemps au même degré; presque toujours elle se calme au bout de quelques heures ou de peu de jours, non pas qu'il y ait diminution de l'épanchement, mais parce que l'économie, surprise d'abord par l'annihilation subite d'un des poumons, s'habitue en quelque sorte à ce nouvel état. Cependant les malades, de plus en plus affaiblis, finissent par s'infiltrer de tout le corps, et ils succombent. Les uns s'éteignent lentement, quelques-uns meurent au milieu des angoisses d'un accès de suffocation.

L'époque à laquelle la mort arrive varie: il est des malades qui succombent au bout de quelques heures, tandis que chez d'autres l'existence se prolonge

pendant deux, quatre, six, douze, dix-huit mois et jusqu'à trois ans et demi. Cependant la durée moyenne de la maladie, lorsqu'elle doit avoir une issue funeste, ne dépasse guère vingt-cinq ou trente jours. L'état des parties ne rend pas toujours compte de cette durée inégale; toutefois on peut dire d'une manière générale que le pneumothorax qui a été produit par les tubercules, et surtout par une gangrène, a généralement une durée plus courte que celui qui est consécutif à une pleurésie chronique. Cependant le pneumothorax dont la durée a été peut-être la plus longue (trois ans et demi) a été observé sur un sujet tuberculeux (1).

Il nous est arrivé plusieurs fois de voir disparaître peu à peu et définitivement les signes physiques du pneumothorax, quoique l'état des malades continuât à s'aggraver. Dans ces cas, la percussion faisait toujours reconnaître une augmentation dans l'épanchement liquide, qui semblait remplacer l'air au fur et à mesure que celui-ci était résorbé. A l'autopsie de ces individus il nous était impossible, ainsi que nous l'avons déjà dit, de retrouver la perforation pulmonaire. Celle-ci s'étant, en effet, oblitérée, l'air n'ayant plus été renouvelé, celui qui était primitivement épanché ayant été plus ou moins complètement résorbé, nous avons vu disparaître pendant la vie le souffle amphorique et le tintement métallique; l'excès de sonorité avait aussi diminué peu à peu et avait fini par être remplacé par une matité complète: aussi avons-nous déjà dit qu'à l'ouverture des cadavres nous ne trouvions plus aucune bulle d'air, tandis qu'un épanchement purulent remplissait tout le côté de la poitrine.

Dans les cas où le pneumothorax a une heureuse issue, la guérison est toujours lente, s'effectuant comme celle de la pleurésie chronique; il survient, comme dans celle-ci, un rétrécissement considérable du côté du thorax qui a été le siège de l'altération. Cette guérison d'ailleurs est tout à fait exceptionnelle; elle n'a pas encore été observée dans les cas où le pneumothorax était consécutif aux tubercules ou à une gangrène des poumons; la guérison, au contraire, n'est pas très-rare lorsque le pneumothorax succède à une pleurésie chronique simple ou à une lésion traumatique des poumons. M. Saussier en a réuni quatorze cas dans sa thèse (douze cas de pleurésie, une plaie de poitrine, une rupture de poumon).

**Diagnostic.** — M. Louis a fait observer, avec juste raison, qu'une douleur survenant subitement dans un des côtés de la poitrine, s'accompagnant d'étouffement, d'anxiété et de tous les symptômes de la pleurésie aiguë, devait faire soupçonner qu'une perforation pulmonaire venait de se produire. En l'absence de la douleur, l'étouffement et l'anxiété qui se manifestent subitement auront la même importance diagnostique. Ces symptômes ont d'autant plus de valeur qu'ils se rencontrent chez des sujets souffrant depuis longtemps de la poitrine, ou qui même sont déjà très-manifestement phthisiques. L'exploration fait alors constater une ampliation générale dans tout un côté du thorax, une diminution ou une absence du murmure vésiculaire, une exagération de la sonorité, excepté dans les parties déclives, où presque toujours il existe au contraire une matité complète. Enfin, on entend le souffle amphorique, le tintement métallique et la fluctuation hippocratique. Ces trois derniers phénomènes ne sont pas précisément pathognomoniques de l'hydro-pneumothorax avec fistule pulmonaire, puisqu'on les a observés également dans des cas où il n'existait que de vastes excavations dans le poumon. Cependant ce dernier fait est tellement rare, tellement exceptionnel, que l'existence d'un souffle ampho-

(1) *Guy's Hospital Reports*, 5<sup>e</sup> livraison, observation de M. Barlow.

rique bien caractérisé, d'un tintement métallique manifeste, et à plus forte raison d'une fluctuation thoracique, doit donner la *presque certitude* qu'il existe un hydro-pneumothorax consécutif à une perforation du poumon. D'ailleurs, dans les cas fort rares où ces phénomènes sont produits dans une excavation, celle-ci est presque toujours tuberculeuse; les bruits morbides existent donc alors au sommet, et sont circonscrits à un espace peu considérable; ils sont aussi moins distincts, ils ne sont souvent que passagers, et coïncident en général avec du gargouillement, avec une toux et une voix cavernueuses. Dans le pneumothorax, au contraire, le souffle amphorique et le tintement métallique retentissent dans une grande étendue, et ont généralement leur maximum d'intensité à la partie moyenne ou inférieure.

L'augmentation de la sonorité coïncidant avec la diminution ou avec l'absence du murmure respiratoire, et la dilatation du thorax, sont trois phénomènes communs à l'emphysème et au pneumothorax. Mais, dans le premier, la dilatation de la poitrine est le plus souvent partielle, elle existe le plus communément des deux côtés, elle est bornée à la région sus-mammaire, tandis que dans le pneumothorax la dilatation est générale, surtout manifeste à la base et à la partie moyenne, elle n'occupe jamais qu'un des côtés. Dans l'emphysème, la sonorité, quoique exagérée, l'est beaucoup moins que dans le pneumothorax, où elle est tout à fait tympanique. Enfin, la faiblesse du bruit respiratoire, qui est commune aux deux maladies, coexiste souvent dans l'emphysème avec des râles sibilants et sous-crépitaux qui font défaut dans le pneumothorax; dans celui-ci, d'ailleurs, le bruit respiratoire n'est pas seulement affaibli, mais il manque tout à fait, excepté à la racine des bronches, tandis que dans l'emphysème il est rare qu'on ne perçoive pas encore un très-léger murmure.

Il n'y a guère d'occasion où l'on devra rechercher si le pneumothorax est simple ou l'effet d'une fistule pulmonaire. Le premier, en effet, à supposer qu'il existe, est excessivement rare et ne produit jamais cette oppression, cette orthopnée, cette douleur vive qui marque le début du pneumothorax symptomatique. (Voy. tome I<sup>er</sup>, p. 902.) Il faudrait éviter de prendre pour un pneumothorax simple ces cas assez communs de pneumothorax qui, bien que consécutifs à une fistule pulmonaire, manquent cependant des signes physiques les plus remarquables; il arrive souvent, en effet, que la perforation, sitôt produite, s'oblitére par l'affaissement du poumon, par la production de fausses membranes épaisses que la pleurésie produit. De sorte qu'arrivant près du malade, on ne constate, avec l'ampliation exagérée du thorax et l'augmentation de la sonorité, d'autres signes d'auscultation que l'absence du bruit respiratoire; cet état peut persister plusieurs jours, et si la fistule reste fermée, les gaz épanchés finiront par se résorber complètement. Cependant, dans ces cas anormaux, on ne devra pas moins soupçonner, et je dirais volontiers même reconnaître l'existence d'une perforation pulmonaire, en s'appuyant surtout sur l'orthopnée du début, qui donne bien, en effet, l'idée d'un obstacle subit et considérable apporté à la respiration. Dans la plupart des cas, d'ailleurs, on ne tarde pas à acquérir une certitude complète, car, après un ou plusieurs jours (j'ai parfois attendu une semaine), le trajet fistuleux redevient perméable, probablement par les progrès du travail ulcératif; on voit alors apparaître les signes physiques si caractéristiques et qui font cesser toute incertitude.

Le diagnostic du pneumothorax une fois établi, il s'agit de déterminer la cause organique qui l'a produit. On y parviendra par l'étude et par la compa-

raison des symptômes qui l'ont précédé et de ceux qui l'accompagnent actuellement. Ainsi, les signes du pneumothorax surviennent-ils chez un sujet qui a eu des hémoptysies, qui tousse depuis longtemps, qui a maigri, ou chez lequel on trouve sous l'une ou l'autre clavicule quelque signe de tubercule, on devra diagnostiquer une perforation pulmonaire de cause tuberculeuse. Si l'haleine et les crachats exhalent une puanteur gangréneuse, on reconnaîtra que les accidents dépendent d'une mortification du poumon. Si le pneumothorax survient brusquement chez un sujet atteint de pneumonie, et lorsque l'inflammation semblait avoir passé au troisième degré, on soupçonnerait la formation d'un abcès qui s'est ouvert dans la poitrine. Mais je ne sache pas qu'on ait encore rien observé de pareil. On croira qu'un foyer apoplectique superficiel a déchiré la plèvre, lorsque le pneumothorax, survenant brusquement au milieu d'un état de santé plus ou moins parfait, a été précédé d'une hémoptysie très-abondante. Si la maladie se manifeste chez un individu qui n'a d'autre affection de poitrine qu'un emphysème vésiculaire, il sera rationnel d'attribuer à la rupture de quelques vésicules l'épanchement d'air qui s'est effectué dans la plèvre. Lorsque chez un malade on voit, après une évacuation plus ou moins abondante de pus ou de sérosité floconneuse par la bouche, les signes qui indiquaient un épanchement pleurétique (matité, absence du bruit respiratoire) être remplacés par une sonorité exagérée, par une respiration amphorique, etc., on diagnostiquera qu'un épanchement pleurétique s'est frayé une issue à travers les poumons, et que l'air des bronches est venu prendre la place du liquide évacué. Si le pneumothorax survient chez un sujet atteint d'une lésion organique de l'estomac; si la respiration et la toux amphoriques manquent; si les autres phénomènes, comme le tintement métallique, ne se manifestent qu'après l'ingestion des boissons et les mouvements du tronc, on reconnaîtra à ces signes une communication de la plèvre avec l'intérieur de l'estomac. Si ces phénomènes se remarquent au moment où les boissons traversent encore l'œsophage, et si à chaque ingestion des liquides les malades éprouvent un redoublement dans le malaise et dans l'oppression, on soupçonnera fortement une perforation de l'œsophage. Existe-t-il enfin une tumeur liquide du foie (abcès ou kyste) qui s'est brusquement affaissée, les signes du pneumothorax se sont-ils manifestés après cet affaissement et après l'expulsion par la bouche d'une partie du liquide, on diagnostiquera les lésions suivantes: 1<sup>o</sup> tumeur liquide du foie ouverte dans les bronches; 2<sup>o</sup> fistule du poumon, communiquant avec la plèvre. Nous croyons qu'il est impossible de diagnostiquer le pneumothorax consécutif à une perforation des ganglions bronchiques abcédés; il ne saurait différer de celui qui succède à une perforation des ramifications bronchiques.

**Pronostic.** — Le pronostic est toujours grave; car, comme nous l'avons vu, le pneumothorax a presque toujours une issue funeste. Stokes croit que plus la perforation est large, plus il y a chance de voir la vie se prolonger; c'est là une opinion qui ne nous paraît nullement démontrée.

**Traitement.** — Toute la thérapeutique du pneumothorax se réduit presque toujours à l'emploi de quelques moyens palliatifs. Deux symptômes appellent surtout la sollicitude du médecin: ce sont la douleur et la dyspnée. La douleur est l'effet de l'inflammation de la plèvre; on devra donc la combattre par des émissions sanguines. La faiblesse des sujets s'opposant le plus souvent à ce qu'on ouvre la veine du bras, il faut se borner à appliquer des sangsues en petit nombre ou quelques ventouses scarifiées; et dans les cas où la faiblesse est telle qu'elle s'oppose à une perte de sang même minime, il faut recourir

la partie douloureuse d'un large vésicatoire, qu'on pourra panser les jours suivants avec un sel de morphine. Les préparations d'opium, données à l'intérieur et dès le début de la maladie, sont fort avantageuses; car elles atténuent les souffrances, elles diminuent peut-être un peu le besoin de respirer, et calment la toux, qui est une des causes qui réveillent au plus haut degré la douleur de poitrine. Ces moyens agiront en même temps très-utilement contre la dyspnée: cependant ce dernier symptôme étant en grande partie l'effet de la compression que le gaz épanché dans la plèvre exerce sur le poumon, quelques praticiens ont proposé de lui donner issue par une ouverture artificielle. Cette opération paraît, il est vrai, avoir guéri plusieurs fois des épanchements liquides et gazeux des plèvres; mais ces faits sont excessivement rares, et appartiennent probablement tous à des cas d'hydro-pneumothorax symptomatique d'une pleurésie chronique. Des succès malheureusement trop nombreux ont prouvé qu'on ne pouvait guère recourir aujourd'hui à l'opération de l'empyème, dans les cas d'hydro-pneumothorax, qu'à titre de moyen palliatif. Lorsque, en effet, en raison de l'abondance de l'épanchement, l'oppression est extrême et la suffocation imminente, il faut se hâter de donner issue au liquide et au gaz accumulés dans la plèvre par l'incision, ou, mieux encore, par la ponction d'un espace intercostal. Mais on conçoit aisément que, s'il existe une fistule pulmonaire, l'air qu'on a évacué sera presque aussitôt renouvelé, et qu'il faudra peut-être recourir bientôt à de nouvelles ponctions pour remédier à de nouveaux accès de suffocation.

#### RUPTURE ET PERFORATION DU DIAPHRAGME

Les ruptures du diaphragme, qu'on observe quelquefois chez plusieurs animaux, et notamment chez le cheval, sont au contraire très-rares chez l'homme. Cette lésion peut être déterminée par une chute d'un lieu élevé, ou par une pression excessive exercée sur les parois du ventre, ou bien enfin par des efforts violents pendant lesquels le diaphragme, convulsivement contracté, s'arc-boute sur les viscères abdominaux. La déchirure peut occuper le centre phrénique ou les fibres musculaires; elle est ordinairement irrégulière; les bords de la solution de continuité sont comme meurtris et imprégnés de sang. Cette ouverture permet aux viscères abdominaux, et surtout au tube gastro-intestinal, de s'introduire dans la poitrine, qui peut en être remplie en partie, tandis que les poumons sont affaissés contre la colonne vertébrale, ou refoulés en haut; le cœur est fortement dévié: c'est ce qui explique pourquoi la rupture du diaphragme, lorsqu'elle est assez étendue, tue presque instantanément. Les individus ont quelquefois la sensation d'un déchirement; ils suffoquent, leur figure bleuit; on dit que leur bouche présente le rire sardonique; enfin ils succombent rapidement dans un état d'asphyxie. Il paraîtrait que dans quelques cas la mort a été beaucoup moins prompte. On a vu, en effet, des malades pouvoir marcher pendant plusieurs heures; d'autres ne présentent aucun symptôme grave; ils ne se plaignent que de faiblesse et meurent presque sans agonie.

La rupture du diaphragme peut être diagnostiquée par les troubles fonctionnels précédemment décrits, par la rétraction du ventre, le bombement de la partie inférieure du thorax, où la percussion fait constater la sonorité intestinale, et l'auscultation l'absence de tout bruit. Tout porte à croire que cette lésion est toujours mortelle: l'art ne peut rien contre elle.

Les perforations du diaphragme ne sont peut-être jamais primitives, elles peuvent dépendre toujours de la maladie d'un organe voisin. C'est ainsi que

dés abcès du foie, de la rate, des reins, les épanchements péritonéaux circonscrits, les cancers de l'estomac sont les lésions qui produisent le plus communément l'ulcération et la perforation du diaphragme.

#### RUPTURES DE LA RATE, DU FOIE ET DES REINS; RUPTURES ET PERFORATIONS DE LA VÉSICULE BILIAIRE

Les ruptures du foie, de la rate et des reins sont presque toujours produites par des violences extérieures, telles qu'un coup, une chute d'un lieu élevé, ou le passage d'une roue de voiture sur le ventre. Cependant, dans quelques cas rares, on a vu le foie et la rate se déchirer sans l'intervention d'une cause extérieure. Cette déchirure s'opère alors, pour le foie, à l'aide d'une hémorragie qui arrive jusqu'à la superficie de l'organe. Les ruptures spontanées de la rate n'ont guère été observées que dans le cours des fièvres intermittentes, plus rarement chez les sujets atteints de fièvre typhoïde (Vigla), c'est-à-dire dans des cas où cet organe, ayant acquis un volume considérable, a en outre subi un certain degré de ramollissement. La rupture s'opère alors dans un effort, et plus souvent encore spontanément.

De quelque manière que la rupture de la rate et du foie survienne, cette lésion est toujours suivie d'un épanchement plus ou moins considérable de sang dans l'abdomen; mais n'y a pas ordinairement de péritonite consécutive. Lorsque cet accident se déclare, les malades accusent aussitôt une douleur vive, déchirante; la face est grippée, anxieuse, le pouls petit, accéléré; il y a des syncopes (Vigla); la mort arrive enfin après un temps qui varie entre quelques heures et dix jours. Il est souvent difficile de porter alors un diagnostic précis, car, ainsi que le remarque M. Vigla (1), la rupture de la rate peut simuler, à s'y méprendre, une perforation intestinale ou une rupture de gros vaisseaux. Cependant on pourra quelquefois préciser le diagnostic, si les antécédents établissent que la rate était volumineuse, si la douleur a eu son point de départ dans l'hypochondre gauche, et si aux symptômes de la péritonite il s'est joint ceux qui sont propres aux hémorragies internes graves. La rupture de la rate détermine en effet très-souvent un épanchement de sang dans le péritoine, épanchement qu'on a vu s'élever jusqu'à deux litres.

La vésicule biliaire peut se rompre par excès de distension lorsqu'un obstacle situé dans le canal cholédoque s'oppose à l'excrétion de la bile. Plus souvent on a observé une véritable perforation de ce réservoir, et cette lésion ayant pour point de départ soit une ulcération de la membrane interne, soit un ramollissement inflammatoire ou gélatiniforme, soit enfin une mortification des parois qui, presque toujours, est produite par la pression d'un calcul volumineux. La rupture de la vésicule est marquée par une douleur atroce, elle s'accompagne de tous les accidents d'une péritonite suraiguë; celle-ci est toujours rapidement mortelle.

Aux accidents dont nous venons de parler on doit opposer l'immobilité la plus absolue et l'opium à haute dose, comme dans les perforations intestinales; on y joint les réfrigérants, les astringents et les autres hémostatiques, s'il existe des signes d'hémorragie; les antiphlogistiques, si le péritoine est enflammé, à moins pourtant que l'état du pouls ne s'y oppose.

(1) Archives générales de médecine, année 1844.