

Le diagnostic de l'*hydro-pneumothorax partiel* est basé sur la constatation en une zone limitée de la poitrine des signes propres à l'hydro-pneumothorax, le reste présentant les bruits pulmonaires normaux ou altérés. Le *pneumothorax partiel postéro-latéral* peut prêter à confusion : avec une pleurésie, une pneumonie; et davantage avec un kyste hydatique du poumon ouvert dans les bronches. Plus rare, l'*hydro-pneumothorax partiel supérieur* est souvent confondu avec une grande caverne tuberculeuse (tympanisme, souffle amphorique, clapotement, parfois tintement métallique); mais en cas de caverne, la paroi thoracique adjacente est rétractée et transmet les vibrations vocales. Il est bien plus rare qu'une caverne tuberculeuse soit assez vaste pour simuler le pneumothorax total.

La nature du *pneumothorax* (tuberculeux ou non) sera déduite : de l'examen clinique complet; de l'état du poumon opposé; des caractères physiques, cytologiques et bactériologiques de l'épanchement, quand il existe (ponction exploratrice, examen direct après inoscopie et centrifugation, inoculations); dans le doute, le diagnostic sera facilité par l'épreuve de la tuberculine.

La variété du *pneumothorax* (ouvert, fermé ou à soupape) est importante à déterminer.

Le *pneumothorax à soupape*, plus fréquent au début, détermine une dyspnée extrême, des troubles respiratoires et circulatoires excessifs; la sonorité tympanique offre une tonalité plus haute que le son du côté sain; l'amphorisme, le bruit d'airain, le tintement métallique sont très nets; les

organes voisins sont refoulés au maximum; la tension moyenne constatée à l'aide d'un trocart manomètre est supérieure à celle de l'atmosphère; le gaz retiré renferme 5 à 10 pour 100 d'acide carbonique.

Quand le *pneumothorax* est ouvert, la poitrine est moins distendue, les organes sont peu déplacés, la percussion donne un son grave, la tension intra-pleurale moyenne égale celle de l'atmosphère, l'épanchement gazeux ne contient que 5 pour 100 d'acide carbonique.

Le *pneumothorax fermé*, première étape vers la guérison, entraîne peu de troubles fonctionnels; le son de percussion est bas; les signes amphoriques, le bruit d'airain, le tintement métallique font défaut ou manquent de netteté. La tension intra-pleurale

moyenne est inférieure à celle de l'atmosphère; le gaz intra-pleural contient plus de 10 pour 100 d'acide carbonique. Ces données influent beaucoup sur le pronostic et le traitement. La détermination de la tension intra-pleurale est facilitée par l'emploi d'un appareil très simple imaginé par Bécclère et Jousset, et consistant en une aiguille reliée par un tube de caoutchouc à un tube de verre coudé dont l'extrémité plonge dans une éprouvette demi-

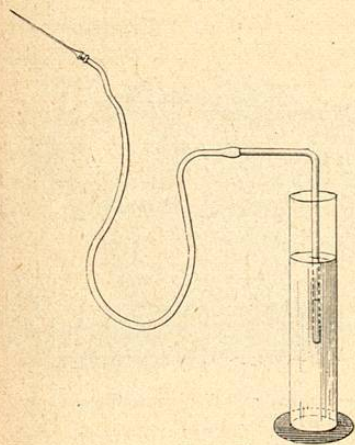


FIG. 165. — Appareil de Bécclère et Jousset pour l'appréciation de la tension intra-pleurale.

pleine d'eau. Enfonce-t-on aseptiquement l'aiguille dans l'épanchement gazeux, des bulles d'air s'échappent du tube quand la tension est positive; l'eau monte dans son intérieur si elle est négative.

#### VIII. — ADÉNOPATHIES ET TUMEURS DU MÉDIASTIN

Les adénopathies intéressent des pléiades ganglionnaires groupées autour de l'extrémité inférieure de la trachée et autour des grosses bronches. Rappelons que cette extrémité répond en arrière au corps de la troisième vertèbre dorsale, et, en avant, à l'union de la poignée avec le corps du sternum. Ces adénopathies, de natures très diverses, sont primitives ou secondaires. Quant aux tumeurs vraies, la plupart se développent dans la *loge thymique*, aux dépens du thymus ou de ses vestiges atrophiques.

Ganglionnaires ou non, les tumeurs du médiastin se traduisent 1° par des signes communs à toutes les variétés (signes de compression des organes du médiastin et signes physiques); 2° par des signes propres à chaque genre.

##### Symptômes communs aux tumeurs et aux adénopathies. —

**Signes de compression. — 1° Veines.** — La compression de la veine cave supérieure se traduit par la stase sanguine dans tous ses affluents et par le développement d'un réseau veineux collatéral sous-cutané, visible sur le thorax, les épaules, l'abdomen, les bras, et tendant à dériver la circulation en retour par le système azygos ou par le système cave inférieur. Quand cette dérivation est insuffisante, se montrent : un œdème des mains, de la face (à droite surtout) et du cou (cou *en pèlerine*); la cyanose des lèvres ou même de la face, quelquefois paroxystique; des vertiges, des épistaxis, du mal de tête (stase céphalique).

La compression des veines pulmonaires entraîne la stase pulmonaire et l'*hydro-thorax*, ce dernier dû parfois à la compression des veines azygos et limité à droite quand la grande azygos est seule en cause. Les *hémoptysies*, d'abord rares, peuvent devenir copieuses, foudroyantes même, à la période d'état, provoquées par la toux, les efforts, les émotions.

**2° Artères.** — Les artères sont plus souvent déplacées que comprimées. L'aorte peut être soulevée et accessible à l'exploration, derrière le sternum; la compression de la *sous-clavière* et du *tronc brachio-céphalique* peut entraîner la petitesse du pouls radial du même côté, ou le *pouls paradoxal* (affaibli ou effacé pendant les inspirations).

La compression de l'artère pulmonaire se traduit par un souffle et par un frémissement le long du sternum, dans le deuxième espace intercostal gauche, ou à droite, quand la branche droite est seule comprimée. L'ulcération de ces artères (d'origine tuberculeuse surtout) est suivie d'hémoptysie foudroyante.

**3° Trachée, Bronches.** — La compression légère de la trachée ou d'une grosse bronche détermine un *ronchus* trachéal ou bronchique remarquablement fixe; la compression forte se traduit par le *cornage* ou même le *tirage*

(sus-sternal, sus-claviculaire, sous-sternal), l'affaiblissement du murmure vésiculaire, malgré une sonorité normale. Entourées d'une masse ganglionnaire solide, les bronches sont le siège de bruits renforcés, perceptibles entre la pointe de l'omoplate et la colonne vertébrale : souffle tubaire ou humé (pendant l'inspiration), souffle caveux ou amphorique (souffle interscapulo-vertébral). La compression d'une bronche entraîne souvent, du même côté, une réduction de l'expansion thoracique, et à la longue, la dépression et la rétraction de la région, avec abaissement de l'épaule et scoliose (comme après la pleurésie). En même temps le *rythme respiratoire* est *ralenti*, par allongement de l'inspiration, et, surtout, de l'expiration; la main posée sur le thorax y constate des mouvements ondulatoires traduisant l'entrée et la sortie de l'air en plusieurs temps. Les battements du cœur sont alors accélérés, en vertu de la *loi de Marey*. (Les battements du cœur sont plus fréquents et les mouvements respiratoires plus rares, quand la respiration s'effectue à travers un tube étroit.)

4° **Poumon.** — Le poumon comprimé peut être atelectasié et condensé, au point de devenir le siège d'un souffle bronchique, parfois à timbre caveux; il serait prédisposé à l'infection (broncho-pneumonie, gangrène); surtout quand le pneumogastrique est également comprimé.

5° **Nerfs.** — La *compression du pneumogastrique* se révèle généralement par des signes d'irritation centripète : *toux* violente, sèche, quinteuse, *coqueluchoïde*, suivie parfois de vomissement, mais non, comme la vraie quinte de coqueluche, d'expectoration filante et de sifflement inspiratoire bruyant (*reprise*); *dyspnée* paroxystique, diurne ou nocturne, simulant l'asthme chez les prédisposés; *fausse angine de poitrine*; *ralentissement du pouls* (45, 50 pulsations) ou *tachycardie* angoissante, par accès (Merklen); *sensibilité à la pression de la portion cervicale du pneumogastrique*; *vomissements* (en dehors des quintes); *œsophagisme*, *diarrhée paroxystique*, *polyurie* ou *pollakiurie*.

La *compression du récurrent* se traduit par des altérations vocales tenant : soit à la *paralyse de la corde vocale*, du côté du nerf touché (surtout à gauche), constatable au laryngoscope; soit au *spasme glottique* que peut provoquer l'excitation d'un seul récurrent (Krishaber). En cas de paralysie, la voix est voilée, enrôlée ou éteinte, quelquefois bitonale; l'aphonie est tardive et intermittente. Le spasme entraîne des crises de suffocation. Certains auteurs attribuent constamment la laryngite striduleuse à l'adénopathie trachéo-bronchique.

La *compression du phrénique* détermine : la *névralgie phrénique*, reconnaissable à ses points douloureux propres; le *hoquet*; quelquefois, la *dyspnée* par paralysie du diaphragme, susceptible, rarement, de provoquer l'asphyxie.

La *compression du grand sympathique* se reconnaît à l'*inégalité des pupilles*.

La *compression des nerfs intercostaux* dans les gouttières costo-vertébrales, plus particulière aux tumeurs cancéreuses, se traduit par des névralgies extrêmement pénibles, avec irradiations douloureuses dans le bras, l'épaule. Au début des tumeurs du médiastin, les douleurs, permanentes,

sourdes, constrictives, siègent surtout derrière le tiers supérieur du sternum.

6° **Œsophage.** — Rare, la *compression de l'œsophage* se traduit par une *dysphagie permanente*; la dysphagie intermittente (œsophagisme) tient à la compression et à l'excitation du récurrent.

**Signes physiques.** — **Inspection.** — La région est quelquefois déformée, la première pièce du sternum soulevée, ainsi que l'extrémité interne de la clavicule, à droite surtout, par une voussure qui peut envahir la fosse sous-claviculaire du même côté; l'usure des os est exceptionnelle, contrairement au fait observé dans l'anévrisme aortique. Le *lympho-sarcome* tendrait à faire saillie dans les quatrième et cinquième espaces intercostaux droits. La tuméfaction et l'induration concomitante des ganglions sus-claviculaires, cervicaux et même axillaires, fournit des données précieuses sur la nature probable du néoplasme.

**Palper.** — Les masses néoplasiques sont quelquefois accessibles à la palpation rétro-sternale et rétro-claviculaire.

**Percussion.** — La tumeur détermine de la matité. N. Guéneau de Mussy a montré que l'adénopathie trachéo-bronchique entraînait : 1° une *aire de matité antérieure* comprenant : la poignée sternale, les deux premières articulations chondro-sternales, la partie interne des deux premiers espaces intercostaux, les articulations sterno-claviculaires et la partie interne des clavicules; 2° plus souvent encore, une *aire de matité ganglionnaire postérieure*, dans la région scapulo-vertébrale, au niveau des trois premières vertèbres dorsales et de la septième cervicale. Des signes d'altérations pulmonaires (néoplasme, tuberculose, atelectasie) ou pleurales (épanchements) peuvent modifier les résultats de la percussion et de l'auscultation.

**Auscultation.** — Le bruit respiratoire est plus faible et plus rude. Quand une bronche est comprimée, le murmure vésiculaire est diminué de son côté, le son de percussion reste normal ou est un peu élevé (Grancher), il arrive aussi que le bruit respiratoire y soit plus fort, presque bronchique; l'expiration est exagérée, prolongée, parfois saccadée ou sibilante (rhoncus au point où la bronche est comprimée). Une compression notable donne lieu à un *souffle expiratoire bronchique* pouvant devenir tubaire ou amphorique. La voix et la toux provoquent de la *bronchophonie*. Mêlé à des rales humides le souffle peut rappeler les *bruits pseudo-cavitaires*. L'*inspiration* est quelquefois *humée* (bruit de succion), *siffante* ou *rauque*. La *toux en écho*, l'*écho de la voix*, le *bruit de cornage*, le *raclement sec trachéal inspiratoire* (Baréty) traduisent, dans les grandes inspirations, la compression trachéo-bronchique accompagnée de tirage sus-claviculaire et épigastrique. Le cœur est dévié et abaissé par les masses néoplasiques qui transmettent ses bruits à distance. Il est possible que la compression éveille un souffle systolique au foyer de l'aorte ou de l'artère pulmonaire.

**Formes cliniques.** — **Diagnostic.** — *Diagnostic général.* — Les signes classiques sont rarement au complet. Il est des formes latentes sans troubles fonctionnels, où la matité sternale et scapulo-vertébrale est isolée ;

d'autres où un seul signe : asthme, coqueluche ou dysphonie, accapare l'attention. En général, le syndrome est plus complexe : œdèmes, veinosités du thorax, cyanose de la face, dyspnée, tirage, cornage, toux coqueluchoïde, inégalité pupillaire peuvent coïncider, et trouver leur explication dans les signes physiques : matité sternale et interscapulaire, souffle inter-scapulo-vertébral.

Au début, l'absence d'expectoration, les signes d'auscultation permettront d'éviter la confusion avec l'emphysème, la bronchite, la phtisie, une cardiopathie. On éliminera les abcès du médiastin, soit tuberculeux (d'origine rachidienne, sternale ou costale), soit simples et habituellement fébriles, d'origine traumatique.

La compression médiastine reconnue, on songera : chez l'enfant, surtout à la lymphadénie simple ou tuberculeuse ; chez un sujet adulte ou âgé, à un néoplasme ou à un anévrisme aortique. Ce diagnostic est du reste lié à celui du siège de la tumeur.

**Formes selon le siège.** — Les adénopathies et les tumeurs n'envahissent que la partie *sus-cardiaque* du médiastin. Du sternum au rachis, cette région comprend : 1° un *plan antérieur* ou *vasculaire* renfermant : la veine cave supérieure et les troncs veineux brachio-céphaliques, l'aorte et ses branches, l'artère et les veines pulmonaires ; 2° un *plan postérieur* ou *trachéo-œsophagien* renfermant : la trachée et les bronches, l'œsophage, les nerfs pneumogastriques ou récurrents. Le syndrome diffère suivant que la tumeur occupe le premier ou le second plan. Les *tumeurs du plan antérieur* déterminent des accidents à marche lente où prédominent les signes de compression veineuse : réseau veineux collatéral ; œdème et cyanose de la face, du cou, des bras, sans cornage, ni accès de suffocation ; elles entraînent une matité plus ou moins étendue, souvent une saillie de la poignée sternale et des extrémités claviculaires. Les *tumeurs du plan postérieur* occasionnent d'emblée une dyspnée bien plus vive, du cornage, des accès de suffocation par compression du pneumogastrique, de la raucité de la voix, ou de l'aphonie par compression du récurrent, du rétrécissement pupillaire, par paralysie du sympathique ; elles respectent la circulation veineuse et artérielle. Tous ces signes peuvent être réunis, quand les deux plans sont envahis.

Les néoplasies du plan profond étant habituellement d'origine ganglionnaire, celles du plan antérieur d'origine thymique (tumeurs malignes), la détermination du siège de la tumeur (abstraction faite des anévrysmes aortiques) peut fournir quelques données sur sa nature probable.

**Formes étiologiques.** — **Lymphadénite simple de l'enfance.** — Affection propre à l'enfance, la lymphadénite simple succède souvent à la coqueluche et à la rougeole. Niée par certains auteurs, elle déterminerait suivant J. Simon, dans le tissu périganglionnaire, des poussées fluxionnaires mobiles, origine de troubles également paroxystiques, tels que : dyspnée asthmatiforme, toux coqueluchoïde, raucité de la voix et tachycardie.

La lymphadénite infantile doit être différenciée : de l'*asthme vrai*, peu commun dans l'enfance ; de la *coqueluche*, bien caractérisée par ses trois phases :

fébrile, spasmodique et apyrétique, catarrhale emphysémateuse, et par la reprise inspiratoire ; de la *bronchite chronique* ; de l'*œdème* ou du *spasme glottiques* (en cas de cornage) ; et, surtout, de la *tuberculose pulmonaire* et de la *tuberculose des ganglions bronchiques*. Cette dernière distinction repose : sur la constatation de tuberculoses locales ; d'adénopathies sus-claviculaires (surtout sur les bords antérieurs du trapèze) et axillaires ; au besoin, sur l'épreuve de la tuberculine.

**Tuberculose des ganglions bronchiques.** — Plus communes dans l'enfance, les adénopathies trachéo-bronchiques, sont tantôt *associées à la tuberculose pulmonaire*, tantôt *isolées* ou *prédominantes*. Dans le premier cas (association), plus commun dans la seconde enfance, au tableau de la phtisie pulmonaire s'ajoutent des signes de compression et d'irritation des organes du médiastin : toux coqueluchoïde, dyspnée continue et paroxystique, œdème et cyanose de la face, parfois cornage, matité interscapulo-vertébrale, souffle au niveau du hile du poumon. Ces malades sont exposés à mourir d'hémoptysie foudroyante, par stase veineuse ou par perforation de l'artère pulmonaire. Quand la *tuberculose ganglionnaire prédomine*, ce qui est habituel dans la première enfance, les troubles sont plus continus et les signes de compression plus marqués que dans la lymphadénite simple, ils coïncident avec les stigmates de la *cachexie tuberculeuse du premier âge* (tuberculose généralisée chronique apyrétique de Marfan) : amaigrissement micro-poly-adénopathie périphérique, hypertrophie du foie et de la rate, avec intégrité habituelle des fonctions digestives. La tuberculose ganglionnaire infantile peut être le point de départ d'une granulie généralisée ou méningée.

Chez l'adulte, la tuberculose des ganglions bronchiques, rarement isolée, accompagne souvent la phtisie ; son rôle y est assez effacé, en raison du moindre volume des adénopathies.

La *radioscopie* montre les masses ganglionnaires, dans la région du hile, sous forme d'ombres mal limitées, distinctes ou confluentes, à contours arrondis ou polycycliques (Béclère), tout près de l'ombre médiane. Le même mode d'exploration peut déceler aussi les tubercules pulmonaires, quand ils coexistent.

**Tumeurs malignes du médiastin.** — Observées chez les adultes ou à un âge avancé, les tumeurs malignes du médiastin se traduisent souvent par quelques signes propres. Dans la plupart des cas, apparaît, de bonne heure, une douleur rétro-sternale sourde, constrictive, fixe et sans irradiations. Peu à peu se précise le syndrome de compression. Quand la tumeur a pris naissance dans la loge thymique, les signes de compression de la veine cave supérieure (œdème des parties supérieures du corps, cyanose, dilatation des veines superficielles du thorax) sont les premiers en date ; la dyspnée, le cornage, avec ou sans tirage, sont plus tardifs. La matité sternale et scapulo-vertébrale, le souffle rude du hile pulmonaire, sont généralement constatés dès le début. La congestion pulmonaire, un épanchement pleural ou péricardique modifient souvent le tableau clinique. La mort revêt des formes variables : asphyxie lente, suffocation rapide, syncope due à la pleurésie, à la péricardite, à la stéatose du myocarde ou à un trouble d'innervation du cœur.

Le *diagnostic* se fait par exclusion. On aura surtout à éliminer le *cancer de l'œsophage* que différencie la prédominance d'une dysphagie spéciale, et, l'*anévrisme de l'aorte*, tumeur tendant à faire saillie au dehors, ne comprimant qu'exceptionnellement la veine cave supérieure, et surtout, animée de battements expansifs visibles à la radioscopie. Les adénopathies axillaires, inguinales, cervicales, concomitantes dénoncent le lymphadénome du médiastin, sans parler des caractères du sang, en cas de leucémie. Les tumeurs malignes secondaires sont, souvent aussi, fort difficiles, sinon impossibles à reconnaître.

## TROISIÈME PARTIE

### MALADIES DU TUBE DIGESTIF

#### CHAPITRE PREMIER

#### SÉMIOLOGIE GÉNÉRALE DE LA BOUCHE ET DU PHARYNX

##### I. — EXAMEN DE LA BOUCHE ET DU PHARYNX

**Bouche.** — *Lèvres, orifice buccal.* — Les sujets normaux respirent par le nez, la bouche close. Quand la bouche est constamment ouverte, que les lèvres restent écartées d'un demi à un centimètre, les arcades dentaires un peu moins, on doit l'attribuer à l'*insuffisance nasale* ou perméabilité incomplète des fosses nasales de causes variables : déviation de la cloison, polypes du nez, rhinite hypertrophique, et surtout végétations adénoïdes du nasopharynx et hypertrophie des amygdales. Le même phénomène peut résulter passagèrement de l'angine aiguë, de l'amygdalite phlegmoneuse, de l'abcès rétro-pharyngien, de la stomatite ou de la glossite aiguë, ces dernières entraînant en même temps un flux salivaire plus ou moins abondant. La béance de la bouche peut encore reconnaître une origine paralytique : paralysie labio-glosso-laryngée, paralysie faciale double, myopathie facio-scapulo-humérale (voy. ces chapitres).

Chacune des lèvres doit être renversée en dehors avec les doigts, de façon à en rendre visible la face muqueuse et à découvrir les gerçures et les fissures dont elle peut être le siège. Les *commissures*, sujettes à des ulcérations banales ou spécifiques (tuberculeuses, syphilitiques ou épithéliales), arrêteront également l'attention.

*Arcades dentaires, gencives.* — L'examen méthodique des arcades dentaires, source de précieux renseignements, ne sera jamais omis. Pour inspecter la face antérieure ou vestibulaire, on invite le malade à fermer les mâchoires, puis on écarte successivement, avec le manche d'une cuiller ou un abaisse-langue : la lèvre supérieure, l'inférieure, puis chaque joue. Pour voir la face postérieure, ayant fait ouvrir largement la bouche du sujet, on le prie de renverser fortement la tête en arrière (arcade supérieure), puis de l'incliner en avant (arcade inférieure). Cet examen, très facilité par le miroir des dentistes, permet de constater : le mode d'articulation des dents entre elles ; la proéminence de la mâchoire, soit inférieure (*prognathisme inférieur*), soit supérieure (*prognathisme supérieur*), soit des deux (*prognathisme double*).