

lieu habituellement au niveau de noyaux ramollis de petites dimensions, et l'air des alvéoles pulmonaires ne contient pas de bactéries.

Le pyopneumothorax ne se produit guère que dans les cas où la perforation est due à la rupture d'une caverne ou d'une vomique.

Le pronostic du pneumothorax tuberculeux est variable; M. Galliard distingue celui qui tue rapidement (en moyenne dans le cours du second septénaire), celui qui tue lentement, enfin celui qui guérit. Certains médecins (Woillez, Béhier, etc.) ont considéré le pneumothorax, non comme une complication fâcheuse, mais comme une circonstance favorable, capable d'enrayer la marche de la tuberculose dans le poumon comprimé. C'est là une opinion erronée; en réalité, le pneumothorax constitue très souvent une complication sérieuse, en rétrécissant le champ de l'hématose, dans un poumon dont les lésions étaient minimes; néanmoins, il guérit parfois, soit qu'il s'agisse d'un pneumothorax pur, sans liquide (7 cas rapportés par M. Galliard dus vraisemblablement à la rupture de vésicules emphysémateuses), soit qu'il s'agisse d'un hydropneumothorax. Lorsqu'il existe du liquide, la guérison a lieu par suite de l'oblitération de la fistule, à laquelle contribue sans doute la présence du liquide, favorisant la production des fausses membranes et leur accumulation au niveau de la fistule; aussi beaucoup de médecins conseillent-ils de s'abstenir de toute intervention, jusqu'au jour où l'on aura acquis la certitude de l'oblitération de la fistule.

Le pneumothorax chez les tuberculeux peut se présenter sous des aspects cliniques différents; tantôt il éclate brusquement et se manifeste par des symptômes immédiatement menaçants; tantôt, au contraire, le début est moins solennel; la dyspnée est progressivement croissante, l'état du malade ne s'aggrave que peu à peu. Enfin, dans un assez grand nombre de cas, le début est tout à fait insidieux: c'est pour ainsi dire par hasard, au cours de l'auscultation, que l'on découvre le pneumothorax; ce début insidieux ne s'observe que chez les malades déjà gravement atteints, dont les lésions pulmonaires sont avancées.

Le traitement du pneumothorax tuberculeux doit varier suivant les modalités cliniques qui viennent d'être indiquées. Dans le pneumothorax à début brusque, à symptômes graves d'emblée, une médication d'urgence s'impose; elle comprend l'emploi de moyens médicaux et celui de la thoracentèse.

Les moyens médicaux ne peuvent être considérés que comme des palliatifs; ils consistent à peu près exclusivement dans l'emploi des injections de morphine et des injections d'éther.

Les *injections de morphine* calment la douleur et diminuent la dyspnée, parfois si intense, éprouvée par les malades: les *injections d'éther* ne peuvent remplir le même office; elles ne sont de mise que quand le malade est cyanosé, que l'asphyxie est imminente.

Les *inhalations d'oxygène* peuvent rendre quelques services contre la dyspnée; quant aux *révulsifs* (ventouses sèches, sinapismes, etc.), leur utilité est contestable. On donnera enfin des *boissons alcooliques* (cognac, champagne, etc.).

Si l'asphyxie est menaçante et que le poumon du côté opposé soit malade, la *thoracentèse* s'impose ou, du moins, était employée jusqu'ici, à l'exclusion d'autres moyens; parfois le soulagement est persistant, mais dans le cas de pneumothorax à soupape, il n'est que momentané, l'air pénétrant de nouveau, à chaque inspiration, par la fistule. On doit tenir en effet un très grand compte, dans le traitement du pneumothorax, de l'état anatomique de la per-

foration. On sait que le pneumothorax peut être ouvert ou fermé. Au début, le pneumothorax ne peut être qu'ouvert, cela va sans dire; mais, suivant la disposition de l'ouverture, qui fait communiquer les bronches avec la plèvre, tantôt l'air peut sortir librement de la plèvre et il s'établit un équilibre de pression entre l'air extérieur et celui contenu dans la cavité pleurale, tantôt la perforation s'ouvre pour laisser passer l'air des bronches dans la plèvre et se ferme pour l'empêcher de revenir en sens inverse; le pneumothorax est dit à soupape. Dans cette variété de pneumothorax, l'air contenu dans la cavité pleurale y est accumulé à une tension plus grande que la pression atmosphérique, d'où la dyspnée extrême et persistante que présentent les malades qui en sont atteints; c'est au moment de l'effort et notamment au moment de la toux que se fait l'introduction d'une nouvelle quantité d'air dans la cavité pleurale. Il faut donc atténuer dans la mesure du possible la fréquence de la toux et parer aux accidents asphyxiques résultant de la compression des poumons et aussi du cœur, des gros vaisseaux, de tous les organes intrathoraciques.

La symptomatologie du pneumothorax à soupape est assez caractéristique; au début, on ne peut songer à établir une distinction entre le pneumothorax ouvert et le pneumothorax à soupape; la dyspnée est la même dans les deux cas, et les malades peuvent également succomber très rapidement par collapsus cardiaque et insuffisance aiguë du poumon.

Si le malade survit, la différence entre les deux variétés de pneumothorax devient, au contraire, très nette; en effet, dans le cas de pneumothorax à soupape, les accidents, au lieu de s'amender, comme il est de règle pour le pneumothorax ouvert, deviennent plus intenses; la dyspnée, la cyanose, vont en augmentant, puisque à chaque effort l'air s'accumule en plus grande quantité dans la plèvre. Donc l'exagération progressive des troubles fonctionnels constitue une forte présomption en faveur du pneumothorax à soupape; les signes physiques confirment également cette présomption: ce sont l'exagération et la plus haute tonalité du son de percussion, le caractère très accentué de l'amphorisme; mais le seul signe de certitude, surtout au début, est la constatation d'une pression intra-pleurale supérieure à la pression atmosphérique. Cette constatation se fait très simplement au moyen d'une ponction sans aspiration, ponction qui constitue en même temps le seul traitement rationnel du pneumothorax à soupape.

M. Beclère (*Société médicale des hôpitaux*, 16 mars 1900) se sert, pour la ponction, d'une aiguille à injections hypodermiques reliée par un tuyau de caoutchouc à un tube de verre long de 15 centimètres environ et d'un diamètre intérieur de 8 à 10 millimètres au moins. Ce tube de verre, en position verticale, plonge à moitié dans l'eau que contient un récipient quelconque, une éprouvette à pied de préférence, qui constitue un manomètre improvisé.

L'appareil étant stérilisé et la peau aseptisée, on plonge obliquement l'aiguille dans un espace intercostal, après avoir placé, au préalable, une pince à arrêt sur le tuyau de caoutchouc de façon à mieux observer, quand l'aiguille a été introduite et la pince retirée, ce qui se passe dans l'éprouvette:

Si les gaz intra-pleuraux sont soumis à une tension supérieure à la pression atmosphérique, ils s'échappent aussitôt par l'aiguille, le tuyau de caoutchouc et le tube de verre, sous forme de séries de bulles qui viennent crever à la sur-