

face de l'eau de l'éprouvette; ces bulles sont plus ou moins nombreuses, suivant la quantité d'air accumulé en excès dans la plèvre. Quand la pression dans la cavité pleurale est devenue égale à celle de l'atmosphère, l'eau du tube de verre et celle de l'éprouvette demeurent au même niveau, tout au moins quand le malade suspend sa respiration. Quand il respire, l'eau monte et descend dans le tube, elle monte pendant l'inspiration et descend pendant l'expiration; on peut ainsi mesurer exactement les variations positives et négatives de la pression intra-pleurale sous l'influence des mouvements respiratoires. Invite-t-on le malade à tousser au moment où la pression intra-pleurale est devenue égale à celle de l'atmosphère, on voit de nouveau des bulles d'air sortir du tube de verre à travers l'eau de l'éprouvette, le malade ayant, par le phénomène de l'effort, accru sa tension intra-thoracique. Tels sont les signes pathognomoniques de l'existence d'un pneumothorax à soupape, signes qui consistent en l'expulsion immédiate, avant tout effort de toux, d'un certain nombre de bulles d'air à travers l'eau de l'éprouvette.

Rien de semblable ne se produit si le pneumothorax est ouvert ou fermé, c'est-à-dire quand la pression intra-pleurale n'est pas supérieure à la pression atmosphérique.

Si le pneumothorax est ouvert, l'eau conserve dans le tube le même niveau que dans l'éprouvette, s'élevant seulement un peu pendant l'inspiration, puis s'abaissant pendant l'expiration; des bulles d'air ne s'échappent que si le malade fait effort et tousse. Après la toux, l'eau reprend dans le tube son niveau primitif, ce qui indique que l'air expulsé a été remplacé par une quantité équivalente d'air venu des bronches à travers la perforation pulmonaire.

Si le pneumothorax est fermé (éventualité exceptionnelle au début), un effort de toux provoque naturellement l'expulsion de quelques bulles d'air à travers l'eau de l'éprouvette, mais le niveau de l'eau dans le tube, après cette expulsion, s'élève plus haut qu'avant, parce que l'air chassé de la plèvre n'est pas remplacé par l'air des bronches.

Moyen de diagnostic sûr de toutes les variétés de pneumothorax, la ponction simple est un moyen de traitement suffisant qui doit remplacer l'aspiration employée jusqu'ici.

Il est évident qu'en cas de pneumothorax ouvert, l'aspiration ne peut débarrasser la plèvre de l'air épanché, puisque cette plèvre, communiquant librement avec les bronches, se remplit au fur et à mesure qu'on cherche à l'évacuer. Si au contraire le pneumothorax est fermé, l'aspiration devient dangereuse, car elle peut amener la rupture de la cicatrice fragile qui ferme la perforation pulmonaire.

Enfin, dans le cas de pneumothorax à soupape, l'aspiration ne peut que donner issue à l'excédent des gaz en abaissant la pression intra-pleurale jusqu'à ce qu'elle redevienne égale à celle du dehors; or, pour provoquer cette expulsion de l'excédent de gaz, une simple ponction, sans aspiration suffit. On peut renouveler cette ponction, sans inconvénients, plusieurs fois dans le courant d'une même journée; au besoin, on pourrait laisser l'aiguille à demeure pendant quelques heures, en ayant soin de l'envelopper et de la recouvrir d'une couche d'ouate stérilisée, l'aiguille restant, bien entendu, en communication constante avec le manomètre. On atténuera, dans une grande mesure, la dyspnée,

et la toux qui provoque la dyspnée, en remplissant la plèvre d'air, au moyen des injections répétées de morphine.

M. Bouveret, de Lyon, pour remédier à la cause permanente de dyspnée, avait proposé de faire l'aspiration et de laisser ensuite à demeure une petite canule de 5 millimètres de diamètre et de 4 centimètres de long, munie d'ailettes qui permettent de la fixer et empêchent sa chute dans la plèvre, obturée d'autre part au moyen d'un tampon d'ouate servant à filtrer l'air. Mais, si théoriquement l'emploi de la canule à demeure paraît très indiqué, les résultats obtenus dans la pratique n'ont pas été très favorables jusqu'ici; en effet, il est très difficile de maintenir la canule en place et l'air qui pénètre par son intermédiaire apporte dans la plèvre des germes pyogènes, en dépit de la filtration qu'il subit.

En somme, ponctions capillaires et injections de morphine suffisent le plus souvent à conjurer les accidents immédiatement menaçants dans la variété particulièrement grave du pneumothorax, c'est-à-dire dans le cas de pneumothorax à soupape.

Si le malade surmonte, ce qui est le cas habituel, la phase périlleuse du début, la conduite à tenir varie suivant les cas: le pneumothorax reste-t-il pur, sans formation de liquide, l'abstention doit être observée, car l'air se résorbe spontanément; sans doute la thoracentèse pourrait hâter cette résorption, mais elle pourrait aussi provoquer de nouvelles perforations; il faut donc s'armer de patience et attendre que l'air se résorbe spontanément (deux mois sont en général nécessaires pour cette résorption), mais il est rare que le pneumothorax reste simple chez les tuberculeux; le plus souvent, au bout d'un temps qui varie de quelques heures à quelques jours, à l'épanchement gazeux s'ajoute un épanchement liquide qui se reconnaît à l'existence de matité dans la partie inférieure de la poitrine et du bruit de succussion. Certains médecins redoutent d'évacuer le liquide, car ils pensent que la thoracentèse empêche la production des dépôts fibrineux et l'oblitération de la fistule pleuro-bronchique; quelques-uns vont même plus loin et sont d'avis que la présence du liquide constitue une circonstance favorable; suivant eux, et M. Hérard est du nombre, la compression exercée par le liquide et les gaz sur le poumon suffirait souvent à enrayer la marche de la tuberculose; d'ailleurs, l'hydrothorax pourrait guérir sans intervention. La plupart des médecins considèrent au contraire l'apparition de l'épanchement comme une circonstance fâcheuse, nécessitant l'intervention. A quel moment faut-il intervenir?

On s'accorde à temporiser jusqu'à ce que, la fistule étant oblitérée, l'hydro-pneumothorax se trouve transformé en hydrothorax; la difficulté à résoudre réside dans le diagnostic de cette oblitération. La plupart des médecins admettent que la fistule est oblitérée au bout de cinq à six semaines, mais ce délai n'a rien d'invariable; dans certains cas, en effet, la cicatrisation de la fistule pleuro-pulmonaire peut être précoce (8 à 15 jours): quant aux signes indiqués pour distinguer le pneumothorax fermé du pneumothorax ouvert, ils ne sont pas pathognomoniques; autrefois on admettait que le tintement métallique et le bourdonnement amphorique ne s'entendent que s'il existe une communication entre la plèvre et le poumon, mais Skoda et Béhier ont montré que les bruits amphoro-métalliques peuvent persister après l'occlusion fistulaire; d'ailleurs, dans le faux pneumothorax sous-phrénique, le souffle amphorique et