

le tintement métallique se produisent, bien qu'il n'existe aucune communication avec les bronches. Unverricht signale le bruit fistulaire (sorte de gargouillement produit par des bulles d'air qui viendraient crever à la surface du liquide) comme un signe absolument infaillible de la persistance d'une fistule pleuro-bronchique; mais ce signe ne paraît avoir été retrouvé jusqu'ici que par Riegel; et il faut noter que Unverricht ne l'a constaté qu'en auscultant les malades pendant la thoracentèse. Quant aux renseignements que l'on peut tirer de l'analyse des gaz contenus dans la plèvre, on ne peut les considérer ni comme assez sûrs, ni surtout comme assez pratiques pour pouvoir entrer en ligne de compte. En résumé, on doit attendre, avant de pratiquer la thoracentèse, qu'un intervalle égal au moins à six semaines se soit écoulé depuis le début du pneumothorax; plus le liquide atteint un niveau élevé dans la cavité pleurale, plus il y a de chances pour que la fistule soit oblitérée; d'autre part, l'absence de succussion hippocratique constitue une présomption en faveur de l'oblitération de la fistule.

Enfin l'examen radioscopique pratiqué à différents intervalles permet de constater les progrès de la résorption de l'épanchement gazeux et par suite de diagnostiquer la cicatrisation de la perforation (Beclère).

On doit en tout cas n'évacuer qu'une partie du liquide, afin de ne pas provoquer la rupture de la cicatrice par une décompression brusque du poumon; les ponctions partielles et répétées n'ont aucun inconvénient.

On ne s'est pas borné à évacuer le liquide: Potain a proposé de substituer de l'air stérilisé au liquide que l'on évacue, de façon à maintenir la tension pleurale à un degré voisin de la normale. On évite ainsi le déplissement du poumon, déplissement qui peut avoir pour conséquence, quand le poumon est affaissé depuis longtemps, une congestion intense, une expectoration albumineuse. Voici d'ailleurs les conclusions de Potain relatives aux indications de la méthode qu'il préconise:

1° Il est possible d'évacuer complètement le liquide des épanchements pleuraux consécutifs au pneumothorax, à la condition d'y substituer de l'air stérilisé.

2° L'air débarrassé de tout germe, par la filtration à travers la ouate, est dépourvu de toute action nuisible et ne provoque aucune altération des liquides pleuraux.

3° Cette pratique supprime les dangers graves qui résultent de la présence d'une grande quantité de liquide dans la cavité pleurale ou de l'évacuation rapide d'un grand épanchement.

4° Elle permet, d'autre part, d'éviter les inconvénients sérieux de ponctions fréquemment renouvelées, et ménage aux poumons la possibilité d'une distension lente et progressive.

5° Elle semble enfin, en laissant pendant longtemps le poumon malade dans le repos et l'inactivité, favoriser la cicatrisation et la guérison définitive des lésions tuberculeuses (*Académie de médecine*, 24 avril 1888).

Lorsque l'épanchement est purulent, on peut se comporter comme dans le cas d'hydro-pneumothorax, c'est-à-dire pratiquer des ponctions successives lorsque l'on suppose que la fistule est oblitérée. Quelques médecins font suivre la ponction d'une injection pleurale modificatrice (le plus souvent on emploie la solution d'iode iodurée). Cette pratique est adoptée par M. Duguet.

Après évacuation du liquide, il injecte dans la plèvre une solution ainsi composée:

Eau distillée et bouillie, tiède	400	grammes.
Teinture d'iode	40	—
Iodure de potassium	4	—

Cette injection iodée ne peut être pratiquée que si les malades n'ont pas de fièvre.

Dans le cas de pyopneumothorax, on peut poser la question de la *thoracotomie*. Les cas opérés sont encore assez rares; Leyden a cité en 1890 deux cas de pyopneumothorax, traités par l'empyème, qui ont guéri, mais avec persistance d'une fistule. Guttman, sur trois cas, a eu deux échecs et un succès; le malade survécut cinq ans et trois mois.

M. de Bovis (*Gazette des hôpitaux*, juin 1896), a réuni 16 cas de thoracotomie, sur lesquels il y a eu 14 survies opératoires variant entre deux mois et six mois, en moyenne.

M. Merklen a rapporté (*Société médicale des hôpitaux*, 15 novembre 1891) l'observation d'un homme de vingt-huit ans qui fut d'abord traité par les ponctions suivies de lavages à l'eau naphtolée, mais sans succès, puis par la pleurotomie non accompagnée de résection costale. Le malade a guéri, après avoir conservé pendant longtemps une fistule. M. Merklen ne pense pas que l'on puisse ériger en principe le traitement du pyopneumothorax par la pleurotomie; on ne peut songer à cette opération que si les lésions pulmonaires, surtout du côté opposé au pneumothorax, sont peu avancées. Or, il est difficile d'apprécier exactement le degré de la tuberculose, et, si le poumon est farci de tubercules, il peut arriver que la pleurotomie soit le signal d'une poussée aiguë. « Il faudrait, pour pratiquer l'empyème, être sûr, ce qui est bien difficile, que le poumon du côté opposé au pneumothorax n'ait rien. Quant à l'âge du pyopneumothorax, son ancienneté ne paraît pas une mauvaise condition pour opérer; au contraire, car cela prouve que le poumon est en bon état. »

Le pneumothorax non tuberculeux peut être dû à des causes multiples. Habituellement il est consécutif à une affection pulmonaire ou pleurale aiguë (broncho-pneumonie, pneumonie, abcès, gangrène, infarctus pulmonaire, pleurésie purulente ou très rarement séreuse) ou bien à une affection pulmonaire chronique (emphysème, kyste hydatique, syphilis, dilatation des bronches); dans d'autres circonstances, il est dû à une lésion de voisinage (lésion de la paroi costale, carie du sternum, abcès du sein, cancer œsophagien, ou bien encore à l'ouverture dans la plèvre d'une collection provenant de l'estomac (ulcère simple, cancer), de l'intestin (appendicite), du foie, des reins (abcès, kystes), enfin il peut être d'origine traumatique ou opératoire (trachéotomie, thoracentèse).

Parmi ces différentes causes, l'une des plus communes est l'emphysème. Le pneumothorax des emphysémateux est toujours pur, sans liquide; il n'en est pas moins grave, car il peut entraîner rapidement la mort, du moins chez de grands emphysémateux (2/3 des cas). Le seul traitement à appliquer est la thoracentèse, qu'il ne faut pas différer, si la dyspnée est menaçante.

Le pneumothorax dit par effort ne survient en réalité que chez des jeunes