

gens emphysémateux latents; la physiologie a démontré en effet qu'un poumon absolument sain ne cède pas sous l'influence d'efforts même violents. Quoi qu'il en soit, contrairement à celui des grands emphysémateux, ce pneumothorax est bénin; sur 57 cas de ce genre relevés par M. Galliard, il y eut seulement trois décès. Comme dans les cas précédents, la thoracentèse précoce peut être rendue nécessaire par une dyspnée intense; mais, les premières heures passées, il n'en est plus de même: « Les premières heures passées, la première journée passée, si l'on veut, les indications de la thoracentèse sont de moins en moins pressantes, et, dès lors, à moins d'accidents comme ceux qui ont tué, au troisième ou quatrième jour, les malades de Stokes et de Desmaroux (ces sujets n'ont pas été ponctionnés), il faut éviter de la faire.

« Elle aurait pour inconvénient, en effet, en facilitant la décompression du poumon, de mettre obstacle à la cicatrisation de la plaie pulmonaire. Il faut se rappeler que, pour se cicatriser, le poumon a besoin d'une immobilité absolue. On évitera donc les alternatives de dilatation et de rétraction que provoquerait la thoracentèse.

« Quand, avec l'air, il y a du liquide et surtout quand il y a du pus, la question devient différente. Mais, là encore, il ne faut ponctionner qu'au moment où l'on supposera l'orifice pulmonaire oblitéré. En résumé, *grande prudence* pour ce qui concerne l'intervention chirurgicale. » (Galliard, *Le Pneumothorax*, p. 125.)

En ce qui concerne le pneumothorax qui peut compliquer la pneumonie et la broncho-pneumonie, on doit recourir aux ponctions partielles répétées, s'il s'agit d'un hydropneumothorax; s'il s'agit, ce qui est le cas habituel, d'un pyopneumothorax consécutif à la rupture dans la plèvre d'un abcès ou d'un foyer gangreneux, on ne devra pas hésiter à pratiquer l'empyème; enfin l'empyème sera suivi de lavages antiseptiques si le pus est fétide et provient d'un foyer gangreneux.

On adoptera la même conduite, c'est-à-dire la thoracotomie hâtive, suivie de lavages, dans les cas de **gangrène** primitive du poumon.

Le pneumothorax consécutif aux vomiques ne comporte pas d'intervention immédiate, à moins qu'il n'y ait une dyspnée intense.

Cette éventualité mise à part, il vaudra mieux temporiser.

#### ADÉNOPATHIES TRACHÉO-BRONCHIQUES

L'hypertrophie des ganglions trachéo-bronchiques peut être due à des causes diverses: le plus souvent elle est la conséquence d'une **infection-broncho-pulmonaire aiguë**, soit primitive, soit secondaire à la rougeole, la coqueluche, la grippe, la fièvre typhoïde, etc., plus rarement elle est de nature **tuberculeuse**. La dernière classe des adénopathies comprend celles qui sont produites par les diverses variétés de **cancer**, par la **leucémie**.

L'adénopathie simple et l'adénopathie tuberculeuse sont les seules qui soient accessibles au traitement; mais le pronostic de l'une et de l'autre variété est bien différent. Tandis que l'adénopathie simple finit toujours par guérir, les

chances de guérison de l'adénopathie tuberculeuse sont beaucoup plus aléatoires, bien qu'il ne soit pas très rare, à la vérité, surtout chez les enfants, de voir les symptômes fonctionnels et les signes physiques rétrocéder sous l'influence d'un traitement bien dirigé.

Celui-ci ne varie pas beaucoup, quelle que soit la cause provocatrice de l'adénopathie trachéo-bronchique: d'ailleurs, toute adénopathie doit être suspecte, *a priori*, et être traitée comme si elle était une manifestation de la tuberculose. C'est dire que le **traitement général** comprend l'usage des moyens habituellement mis en œuvre contre la scrofulo-tuberculose et qui ont été passés en revue dans le chapitre consacré à la tuberculose; aussi nous bornerons-nous ici à les énumérer sommairement. L'iode, l'arsenic, l'huile de foie de morue, les préparations phosphatées, font les frais de ce traitement.

L'iode sera prescrit sous forme de sirop iodotannique ou de sirop de raifort iodé, préparation que les enfants acceptent facilement en général (2 cuillerées à café par jour chez les nourrissons, 2 cuillerées à dessert chez les enfants de 5 à 5 ans). Comme *préparations arsenicales*, on utilisera la liqueur de Fowler, à la dose de IV à VIII gouttes par jour, suivant l'âge, ou mieux encore une solution diluée d'arséniate de soude:

Arséniate de soude . . . . .	10 centigrammes.
Eau de laurier-cerise . . . . .	50 grammes.
Eau distillée. . . . .	200 —

2 milligrammes par cuillerée à café; 1 à 4 par jour.

Ou bien encore le *cacodylate de soude* (1 à 5 centigrammes, de 5 à 5 ans). L'*huile de foie de morue* sera donnée pure ou dans un mélange de vin de quinquina et d'eau; les *phosphates* se prescrivent en poudre (biphosphate de chaux, 1 gramme par jour) ou en solution.

Non moins important que le traitement médicamenteux est le traitement hygiénique. Une *alimentation substantielle*, le *séjour en plein air à la campagne*, sont nécessaires pour le rétablissement des malades.

Enfin une cure aux stations d'eaux arsenicales ou sulfureuses est le complément du traitement. *Le Mont-Dore, La Bourboule*, conviennent aux jeunes enfants; les eaux sulfureuses de *Saint-Honoré, Challes, Cauterets*, à ceux âgés de plus de dix ans. On peut d'ailleurs faire prendre ces eaux loin de la source, prescrire par exemple un verre à bordeaux d'eau du Mont-Dore ou d'eau sulfureuse, additionnée de lait chaud.

Le *séjour prolongé au bord de la mer* est un moyen héroïque de traitement: on donne des *bains de mer chauds*. Les *bains salés* avec 4 à 5 kilogrammes de sel marin, ou 5 à 5 litres d'eaux mères de Salins, de Salies-de-Béarn, etc., sont également fort utiles.

Le **traitement symptomatique** vise les symptômes les plus pénibles, parmi lesquels la dyspnée, les quintes de toux coqueluchoïde, la dysphagie, etc. Le *repos absolu* doit être imposé aux malades, au début du traitement; il rend la dyspnée moins pénible et peut contribuer à prévenir les crises de dyspnée paroxystique. Au moment des accès, on fera respirer de l'*oxygène* et de l'*éther*, on appliquera des *ventouses sèches*. Le *bromure de potassium* peut rendre