

## Clinique Médicale

Par M. le Dr. Debove

### HYDROPNEUMOTHORAX TUBERCULEUX.

Le malade dont je vous entretiendrai aujourd'hui est atteint d'hydropneumothorax, affection assez fréquente, caractérisée par la présence de liquide et d'air dans la cavité pleurale et due le plus souvent à une perforation pulmonaire d'origine tuberculeuse. Il en présente les signes habituels; cependant, il s'éloigne du type classique de cette maladie par quelques particularités que je m'efforcerai de faire ressortir.

H... est âgé de 22 ans, mais son aspect vaillot, chétif, n'est pas en rapport avec son âge. Rien, dans ses antécédents héréditaires ou personnels, ne mérite d'être rapporté: je ne ferai que signaler une lésion très intéressante dont il est atteint, une hémiatrophie faciale gauche, mais je n'y insisterai pas, car elle n'a aucun lien direct ou indirect avec la maladie pour laquelle il a été admis dans notre service.

H... est tuberculeux. Les occasions de contagion sont si nombreuses et la période latente de la tuberculose pulmonaire est souvent si longue que nous ignorons la date du début anatomique comme celle du début clinique de cette infection. Il ne semble pas cependant qu'elle remonte à une période éloignée, car ce n'est qu'au mois de mars dernier que le malade, toussotant, s'était senti fatigué, sans pourtant interrompre son travail un seul jour.

L'affection actuelle a un début très précis: le mercredi 10 novembre, H... est pris, en se levant, d'une vive douleur dans l'aisselle gauche et d'une dyspnée subite et d'emblée intense; il va à l'imprimerie où il est employé, mais il est obligé de regagner son lit; un médecin appelé prend sa température, qui atteint 40°. Le lendemain, 11 novembre, le malade entre à l'hôpital, pâle, très souffrant, on procède à une dyspnée très accentuée, qui attire notre attention sur l'appareil respiratoire; du côté gauche, la poitrine présente une voussure très nette, les espaces intercostaux sont légèrement dilatés et presque immobiles. A la percussion on entend un son tympanique dans les quatre cinquièmes supérieurs du thorax, un son mat dans le cinquième inférieur. Les vibrations thoraciques sont très facilement perçues. Plus de murmure vésiculaire à l'auscultation; les bruits bronchiques, la voix, la toux prennent un timbre amphorique; on entend le tintement métallique décrit par les classiques; le choc de deux sous contre la paroi thoracique provoque le bruit d'airain; la succussion hippocratique permet de percevoir un bruit de flot. Du côté droit, on entend quelques râles de bronchite, un peu plus nombreux à la base que dans le reste du poumon.

Le cœur est refoulé vers la droite; sa pointe bat près du milieu droit. Le pouls bat 100 pulsations par minute. La température s'élève à 40°. Les urines sont rares et légèrement albumineuses.

Le 13 novembre, la zone de matité qui occupe la partie inférieure de la plèvre droite augmente, le tintement métallique diminue d'intensité. Le 14, la matité s'élève encore un peu plus haut, à deux travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate; le tintement métallique est moins facilement perceptible; le mardi 16, il a complètement disparu. La ponction exploratrice amène un liquide clair, citrin, analogue à l'épanchement des pleurésies simples et qui se coagule presque aussitôt après l'extraction.

Le souffle amphorique, le bruit de flot à la succussion sont toujours perçus; on entend le murmure respiratoire, faible, mais net, dans les trois quarts supérieurs de la cavité thoracique. L'épanchement gazeux diminue, l'épanchement liquide augmente; il semble que, progressivement, les symptômes de l'hydropneumothorax s'atténuent pour faire place à ceux d'une pleurésie. La pointe du cœur moins déviée se rapproche du bord sternal droit.

Analysons quelques-uns des symptômes observés. La douleur du début caractérisée par sa soudaineté et son intensité, est d'ordinaire attribuée à la brusque rupture du poumon et de la plèvre. Mais le poumon et la plèvre ne sont pas doués d'une sensibilité assez développée pour que la minime déchirure qui les atteint puisse donner lieu à une douleur aussi violente. D'ailleurs, dans les pneumothorax partiels, la plèvre est également déchirée, et cependant le point de côté est atténué et manque même souvent. Comparable au point de côté qui marque le début de la pleurésie, la douleur initiale du pneumothorax doit, il me semble, être attribuée à l'irritation de la plèvre; elle sera d'autant plus soudaine et plus aiguë que celle-ci sera plus brusque et plus étendue, à tel point que, dans le pneumothorax total, elle est caractéristique par son intensité et sa brusquerie.

La dyspnée semble liée moins au point de côté qu'à la diminution soudaine du champ de l'hématose, car le malade ne respire plus, tout d'un coup, qu'avec un seul poumon. Dans les pleurésies lentes, les malades ne se plaignent que de vagues troubles respiratoires et cependant leur plèvre renferme souvent plusieurs litres de liquide; mais leur épanchement s'est développé peu à peu, permettant au malade de s'accoutumer à ce rétrécissement du champ de l'hématose; au contraire quand l'épanchement s'est formé rapidement, la dyspnée est beaucoup plus vive. En somme, c'est moins la suppression fonctionnelle d'un poumon que la brusquerie avec laquelle se fait cette suppression qui cause la dyspnée du pneumothorax. Le déplacement du cœur, causant un trouble dans la circulation pulmonaire, doit être aussi un facteur de cette dyspnée.

Un autre signe nous a particulièrement intéressés, c'est le tintement métallique, que nous avons pendant plusieurs jours si bien perçu sur notre malade. Il a deux caractéristiques: son timbre et son rythme. C'est un petit bruit sonore, qu'on a comparé au bruit produit par la chute