

COMMUNICATIONS

Pneumothorax d'origine abdominale chez la vache

par J. et M. DURIEUX

Une vache pie-noire, 4 ans, au sixième mois de sa deuxième gestation, présente depuis un mois, à plusieurs jours d'intervalle, des crises douloureuses.

Au cours de celles-ci, dont l'apparition est soudaine et la durée très courte — une minute à peine — l'animal met les membres antérieurs dans l'auge et meugle bruyamment. Aussitôt après, il reprend une attitude normale, se remet à manger et à ruminer ; on enregistre cependant, durant les deux jours qui suivent, une baisse importante de la sécrétion lactée.

L'examen clinique est négatif. Il n'y a pas de signes d'αso-phagisme, pas de météorisme, pas de symptômes non plus de gastrite traumatique ; rien en somme qui puisse permettre d'interpréter les troubles observés.

Compte tenu cependant de l'indication franchement positive du détecteur de corps étrangers, nous pratiquons une gastrotomie. Intervention normale, dont la conduite est pourtant gênée par de violents accès de toux apparus sitôt la laparotomie et jamais observés jusqu'alors. De menus corps étrangers métalliques, apparemment peu vulnérants sont retirés du réseau.

Quarante-huit heures plus tard, tandis que son état général est excellent — 38°7 — l'opérée fait entendre, perceptible de la porte de l'étable, un bruit singulier. Celui-ci consiste en une sorte de ronronnement permanent, décomposable en deux temps, qui évoquent successivement la sonorité d'un borbo-rygme et la flatulence tremblée d'une outre qui se dégonfle. Ce bruit est réglé sur le rythme respiratoire, lequel est à peine accéléré, et s'accompagne d'une vibration des muscles du flanc droit.

A l'auscultation du thorax on perçoit, à droite, à l'inspiration, un souffle amphorique très caractérisé ; à l'expiration, le

bruit de « borborygme » aussitôt suivi du bruit de « tremblement flatulent ». A gauche, vicariance très nette.

Le diagnostic de pneumothorax semble ne pas pouvoir être mis en doute. On pense, pour en expliquer la cause, à l'ouverture dans la plèvre d'une caverne pulmonaire. L'hypothèse sera renforcée dans les jours suivants par une réaction positive à l'intra-dermo tuberculation.

Au huitième jour après l'opération, le tableau clinique est inquiétant. La plaie opératoire est cicatrisée mais l'état général est fort altéré : 39°2, anorexie relative, amaigrissement, respiration entrecoupée et plaintive. Le souffle amphorique est plus perceptible que jamais, tandis que le ronronnement expiratoire est devenu intermittent et assourdi. La percussion révèle à droite une zone haute de résonance tympanique.

Au dixième jour, l'état de la malade paraît irrémédiable : 39°5, anorexie totale, inrumination, éructations fréquentes, respiration très plaintive, signes d'auscultation et de percussion inchangés.

L'abattage a lieu le onzième jour en notre présence et l'autopsie aussitôt pratiquée. Constatations :

ABDOMEN.

En regard de la plaie cicatrisée du rumen, large placard de péritonite séro-fibrineuse. Pas de lésions de réticulite traumatique.

Foie, de couleur brune, farci de nombreux abcès de la grosseur de billes, répartis à la surface de l'organe comme dans le parenchyme et montrant ausein d'une épaisse coque fibreuse, un magma nécrotique grisâtre.

L'avulsion du viscère hépatique découvre dans la partie haute de la foliole droite du diaphragme en région aponévriqué, mais à la limite de la portion charnue, un hiatus vertical, ovalaire, dont les axes mesurent 4 et 2 cm. Les lèvres de l'hiatus sont organisées et ourlées, du côté pleural, d'un bourrelet régulier de 1 cm de large et de quelques millimètres d'épaisseur.

THORAX.

La plèvre et le poumon gauche sont normaux.

A droite : la plèvre pariétale est garnie de quelques villosités, mais ne présente aucune lésion d'inflammation aiguë ; la plèvre viscérale est intacte ; le poumon est d'aspect foetal, complètement atelectasié et de teinte violine ; il est à ce point vide d'air qu'en l'absence pourtant de toute lésion de pneumonie, plusieurs

fragments prélevés en différents endroits du parenchyme plongent aussitôt dans l'eau.

Le ganglion bronchique gauche recèle une lésion de tuberculose caséuse de la grosseur d'un pois.

Les ganglions médiastinaux sont hypertrophiés, succulents, non tuberculisés macroscopiquement.

La dixième côte droite présente une fracture consolidée de sa partie courbe ; le cal est en saillie sous la plèvre et, en regard, intéressant le muscle superficiel, existent deux cicatrices fibreuses cupulaires.

Ces constatations nécropsiques confirment l'existence du pneumo thorax et permettent d'en expliquer la formation :

A l'origine se place une violente contusion thoracique. Celle-ci provoque la fracture costale et selon toute vraisemblance la blessure concomitante de la foliole droite du diaphragme —. L'hiatus est aussitôt constitué, mais le foie appuyé au diaphragme par sa face convexe en assure l'obturation —. Que se produisent à la faveur de la plaie opératoire, l'irruption d'air dans la cavité abdominale et la rupture d'équilibre des pressions somatiques, voilà, dans le même temps compromise l'obturation de l'hiatus diaphragmatique. Les conditions favorables à la formation d'un pneumothorax sont alors réalisées.

L'insufflation de la plèvre est facilitée par les accès de toux apparus au cours de l'acte opératoire, et, qu'elle-même sans doute a déclenchés. L'échange d'air entre plèvre et péritoine se poursuit dans les jours qui suivent, et il y a tout lieu de penser que c'est le jeu de l'hiatus diaphragmatique, agissant à la façon d'une soupape, qui est à l'origine des bruits singuliers perçus à chaque mouvement respiratoire.

Le pneumothorax relève ordinairement soit d'une perforation de la plèvre viscérale, soit d'une effraction de la plèvre costale.

Les traités de pathologie bovine font état aussi d'un pneumothorax dû à une fistule gastro-pleurale. Il ne semble pas que la modalité que nous avons observée ait jamais été rapportée.