

par la vapeur de charbon, qui n'est pas une asphyxie proprement dite, c'est-à-dire une simple diminution de l'oxygène et une augmentation de l'acide carbonique du sang ; c'est un véritable empoisonnement, dû à la fixation de l'oxyde de carbone sur l'hémoglobine des globules rouges du sang, qui deviennent ainsi incapables d'absorber l'oxygène (Cl. Bernard). (1)]

Dans les affections chroniques l'habitude extérieure est fort différente, mais le type varie suivant l'effet produit sur les poumons et sur l'économie entière par la lésion existante.

S'agit-il d'un état anatomique qui soustrait une grande étendue de poumon à l'action de l'air, on a surtout des phénomènes d'asphyxie lente. Les malades sont dans l'orthopnée, restent habituellement assis dans leur lit ou sur un fauteuil, ne peuvent se coucher ; ils ont la tête élevée ou renversée en arrière, leur respiration est haute et fréquente ; la face est pâle ou violette, les lèvres sont livides, les joues marbrées ou couvertes de veinules dilatées, les extrémités sont cyanosées, la peau est froide et couverte d'une sueur visqueuse ; il y a des détentes, mais tous ces accidents reviennent après un certain temps de repos. Ce type, qui est celui des *affections asphyxiantes chroniques*, traduit infailliblement, pour un observateur exercé, quelque une des maladies suivantes : un épanchement pleurétique remplissant tout un côté du thorax, un épanchement double, l'hydrothorax, la congestion passive du poumon dépendant des affections du cœur, l'œdème pulmonaire, l'engouement des bronches, la bronchite capillaire à marche lente, la phthisie granuleuse généralisée et quelques autres affections du même genre.

Pour les maladies pulmonaires qui agissent plutôt en altérant ou appauvrissant les liquides de l'économie, par suite d'une sécrétion excessive, par suite d'une inflammation lente, d'une suppuration, etc., comme les tubercules, le cancer, la mélanose, le catarrhe pulmonaire chronique simulant la phthisie, elles produisent un type différent qu'on pourrait nommer *type des affections organiques*. L'apparence extérieure des phthisiques en est la plus complète expression. Ses traits principaux sont : la

(1) Voy. *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article *Asphyxie*, par P. Bert.

décoloration générale de la peau et l'amaigrissement, l'expression de souffrance de la face, la coloration bleuâtre des sclérotiques, une toux extrêmement fréquente avec ou sans expectoration, la déformation de la poitrine, la courbure du tronc en avant, enfin la fièvre hectique et les accidents de colliquation.

[[Un autre signe fréquent quoique non constant ni pathognomonique de la tuberculose confirmée, est la déformation particulière de la dernière phalange des doigts, connue sous le nom de *doigts claviculés* ; la phalange paraît augmentée de volume, renflée en massue ou en bague de tambour ; en outre la convexité des ongles, surtout dans le sens longitudinal, est augmentée, d'où une incurvation souvent très-accusée de ces produits épithéliaux.]]

Si l'on veut y faire bien attention, on parviendra souvent, à l'aide de ces caractères, à reconnaître, avant tout renseignement d'auscultation, le siège et souvent la nature de la lésion pulmonaire.

Nous n'avons cité que les principales espèces de *types* de l'habitude extérieure du corps dans les maladies de poitrine ; il y en a bien quelques autres, mais que nous ne pourrions citer sans entrer dans des détails trop particuliers. Il nous suffit d'avoir indiqué les groupes qui sont les plus communs, et qui ont, par conséquent, la plus grande importance dans la pratique.

CHAPITRE II

SYMPTOMES ET SIGNES LOCAUX

Les uns sont physiques, les autres fonctionnels. Ceux de la première espèce étant plus nombreux, plus facilement appréciables, plus caractéristiques surtout, fixeront tout d'abord notre attention.

ART. I. — SYMPTOMES PHYSIQUES.

Les symptômes de cet ordre sont extrêmement nombreux, car on peut explorer la poitrine à l'aide de moyens

très-divers; en effet, on peut mettre tour à tour en usage l'inspection, la mensuration, la palpation, la percussion, l'auscultation et la succussion. Nous allons donc voir successivement tous les phénomènes que l'on peut recueillir à l'aide de ces procédés.

§ I. — Signes fournis par l'inspection.

Ces phénomènes consistent dans la dilatation de la poitrine, sa dépression, les mouvements anormaux qu'on peut y remarquer, les tumeurs, les perforations dont elle peut être le siège.

I. — AUGMENTATION DU VOLUME DE LA POITRINE. VOUSSURE.

Malgré la solidité de la charpente osseuse de la poitrine et la résistance qu'elle paraît être en état d'opposer au poumon, l'un des organes les plus mous, les moins denses de l'économie, cette charpente n'en est pas moins exposée à éprouver, par l'action de ceux-ci, des modifications très-remarquables de forme et de volume. La généralité du fait dans toute l'économie peut diminuer l'étonnement qu'on éprouve, mais sans le faire cesser complètement. Personne n'ignore que des épanchements liquides dilatent certaines cavités osseuses (sinus maxillaires, frontaux, cavités de l'oreille interne, des os longs); que la simple pression de la langue projette les dents en avant, lorsqu'elles ne sont plus soutenues par les lèvres; que les os s'incurvent, à la longue, sous l'influence des muscles dont l'action n'est plus contre-balancée par des antagonistes; que les tumeurs anévrysmales et pulsatiles usent et détruisent les os, tels que les corps des vertèbres, etc.

Mais, cependant, il y a toujours quelque chose de surprenant à voir les côtes s'élever ou s'abaisser, se ployer en divers sens, sous l'influence de la seule pression des organes pulmonaires. Tout au plus trouverait-on un commencement d'explication dans la mobilité des articulations costales et dans la présence de leur cartilage; mais ce ne sont pas seulement des mouvements d'articulations qui s'exécutent; il y a aussi courbure, incurvation réelle ou aplatissement des arcs osseux que représentent les côtes,

et, par conséquent, changement de forme variable; c'est surtout ce fait qui a lieu d'étonner, lorsqu'on pense que le poumon est le seul agent des déformations de cette nature. Quoi qu'il en soit, et malgré le défaut d'explications satisfaisantes, le fait n'en est pas moins réel; il ne s'agit donc que de faire connaître les diverses espèces de déformations de la poitrine, d'en indiquer les causes et la valeur séméiologique.

Caractères. La poitrine peut être altérée dans sa forme, soit partiellement, soit généralement; l'augmentation de volume est quelquefois très-limitée; d'autres fois elle affecte tout un côté de la poitrine, d'autres fois encore les deux côtés. On réserve particulièrement le nom de *voussure* au développement partiel, et celui de *dilatation* à l'augmentation générale ou au moins fort étendue de la poitrine.

La *voussure* ou *dilatation partielle* occupe fréquemment les régions sus et sous-claviculaire, les deux côtés du sternum dans toute la hauteur de la poitrine, la base du thorax en arrière, ou la région intermédiaire à la colonne vertébrale et au bord interne de l'omoplate. Elle affecte la forme d'une élévation plane, sans sommet marqué, sans limites nettement arrêtées; l'on voit et l'on sent qu'une ou plusieurs côtes sont, dans ce point, plus élevées, plus saillantes que les côtes inférieures et supérieures, ou que celles du côté opposé; les espaces intercostaux sont moins creux; les côtes ainsi élevées offrent quelquefois une résistance plus grande que les autres. Quand la voussure est peu prononcée, il faut faire coucher le malade horizontalement et dans une position très-symétrique, et se placer au pied de son lit: en regardant très-obliquement la surface du thorax, ou distingue facilement l'excès de saillie d'un côté sur l'autre; au niveau de cette voussure on constate par la percussion une augmentation ou une diminution de la sonorité, quelquefois un son normal. Nous avons déjà dit qu'il y a des déformations normales du thorax, mais qui ne vont jamais jusqu'à simuler une déformation véritablement morbide. (*Voy. p. 445.*)

Quand la voussure occupe les régions sus et sous-claviculaire, on ne sent pas de saillie des côtes, mais il y a élévation des parties molles. On ne s'en laissera pas imposer par la *dépression* sous-claviculaire, qui peut faire

croire à une voussure du côté opposé; la percussion aidera beaucoup au diagnostic différentiel. A la partie postérieure de la poitrine, la voussure ne peut être appréciée qu'en dedans de l'omoplate; là elle se traduit par une saillie exagérée de l'angle des côtes; et, comme celles-ci forment une série continue, la voussure est disposée comme une espèce de bande verticale entre l'épine et l'omoplate.

Lorsque la *dilatation* occupe un *côté* de la poitrine, on remarque ce qui suit: le côté semble, à la vue, plus gros, plus arrondi, plus plein; les côtes sont moins dessinées que du côté opposé, par suite de l'élevation des espaces intercostaux; les mouvements sont moins appréciables à la vue et à la main. Dans la grande majorité des cas, c'est à la base du thorax, en arrière et en dehors, que la saillie est la plus prononcée; et, quand elle se manifeste en avant, c'est qu'elle est extrêmement développée en arrière. En faisant asseoir le malade et le regardant de profil, on voit la base de la poitrine dépasser, en arrière et en avant, le plan du côté sain; si on le regarde de face, on voit le côté dilaté porté en dehors et quelquefois plus relevé que l'autre; il arrive quelquefois que l'épaule est sensiblement soulevée. La mensuration ne fait pas toujours apprécier aussi manifestement que la *vue* les différences qui peuvent exister entre les deux côtés de la poitrine. (*Voy.* p. 478.)

[Il est un autre moyen, primitif en apparence, mais en réalité très-sensible, pour constater l'augmentation d'un côté de la poitrine, surtout dans le sens du diamètre antéro-postérieur. Il consiste simplement à appliquer à plat une main en avant, l'autre en arrière du thorax; c'est là une sorte de compas d'épaisseur et qui permet de discerner de très-faibles différences entre le diamètre antéro-postérieur des deux moitiés du thorax.]

La *dilatation double* ou pour mieux dire *générale* de la poitrine est quelquefois difficile à apprécier; en effet, si les deux côtés ont subi une égale augmentation de volume, on peut prendre la conformation anormale du thorax pour un état naturel; mais le plus souvent il n'en est pas ainsi: la déformation n'est pas régulière et symétrique; un côté est sensiblement plus développé que l'autre; il y a des points plus saillants, qui ne correspondent pas à une voussure semblable du côté opposé; en un mot l'irrégularité est le propre de cette dilatation générale de la poitrine, et

elle devient, par conséquent, le moyen qui permettra de la reconnaître quand elle existe.

Causes. Un grand nombre de causes peuvent donner lieu à la voussure ou à la dilatation du thorax. Telles sont la tuméfaction simple des organes intrathoraciques, des accumulations de gaz ou de liquides, des tumeurs solides, des abcès.

La forme, l'étendue, les caractères de la voussure varient avec la nature de la cause; et les différences sont souvent assez tranchées pour qu'il soit possible, à la première vue, de reconnaître l'affection à laquelle on a affaire. Nous devons insister sur ce point essentiel pour le diagnostic.

Un épanchement pleurétique peu considérable et enkysté, une tumeur intrathoracique, ne donneront lieu qu'à une voussure localisée et de peu d'étendue, parce qu'il n'y aura pression que contre une faible portion de la paroi de la poitrine. Mais si le corps qui produit la dilatation est libre dans la plèvre ou dans le poumon; s'il est de la nature de ceux qui transmettent la pression dans tous les sens, si c'est, en un mot, un liquide ou un gaz, le développement du thorax ne saurait être partiel; aussi à moins de circonstances particulières (adhérences), toute une moitié de la poitrine subira l'influence dilatatrice. C'est dans ces cas que l'on verra une grande dilatation et comme une sorte de ballonnement de tout un côté du thorax. Que si enfin il s'agit de ces cas où la pression excentrique s'exerce dans les deux côtés de la poitrine, la dilatation sera double et générale (emphysème, épanchement double, etc.).

Maladies dans lesquelles on rencontre la dilatation de la poitrine et la voussure. — Valeur diagnostique.

Les déformations du thorax ne reconnaissent pas pour seules causes les affections des organes respiratoires; il y a une maladie générale qui altère tout le système osseux et qui, en portant son action sur les parois de la poitrine, y détermine quelquefois des changements de forme considérables: nous voulons parler du *rachitisme*. Il ne faudrait pas prendre les déformations qu'amène cette maladie pour un effet d'une affection thoracique. Nous croyons donc de

voir, tout d'abord, indiquer les caractères qu'elle peut imprimer aux parois pectorales.

Quand le rachitisme est assez prononcé pour produire la déviation de la colonne vertébrale, le diagnostic est établi sur-le-champ par l'existence de cette déviation. Mais lorsqu'il est moins accusé, il peut y avoir doute; il faut alors prendre en considération les caractères de la déformation elle-même, pour savoir à quoi on a réellement affaire. Les caractères des déformations rachitiques du thorax sont les suivants: sternum saillant, convexe de haut en bas, quelquefois coudé, à angle saillant en avant; cartilages costaux se portant presque directement en arrière, puis se dirigeant en dehors avant de se courber définitivement: d'où la forme de la poitrine en *guitare*, en *carène*; articulations chondro-sternales volumineuses; série de nodosités répondant à l'articulation de ces cartilages et des côtes (*chapelet rachitique*, Rilliet et Barthez). Joignez à ces caractères le développement de la tête et du front, les courbures des os des membres, le gonflement des articulations, la tuméfaction habituelle de l'abdomen, l'appétit vorace, la diarrhée fréquente, le retard de la dentition, et vous aurez le tableau des caractères du rachitisme. Si l'on constate, dans ces conditions, des déformations de la poitrine, on songera à cette affection avant de penser à une maladie des organes pulmonaires.

Comme on le voit, quand il s'agit d'établir le diagnostic d'une déformation du thorax, il faut d'abord éliminer la question du rachitisme; c'est alors qu'on peut soupçonner une maladie des organes respiratoires.

Or, en laissant de côté les cas rares, et s'en tenant aux faits les plus communs, et par conséquent les plus cliniques, on remarque que la dilatation du thorax se montre principalement dans la *pleurésie*, la *pneumonie*, la *congestion* et l'*emphysème des poumons*, et dans le *pneumothorax*. Cependant nous indiquerons quelques particularités relatives à la *pleurodynie* et à la *bronchite*.

Chez un individu affecté de *pleurodynie*, la douleur est quelquefois assez vive pour rendre ces mouvements difficiles ou impossibles dans le côté malade. Il en résulte une immobilité qui simule souvent une dilatation; mais cette dilatation n'est qu'apparente. En effet, si l'on mesure com-

parativement les deux côtés de la poitrine, on les trouve sensiblement égaux entre eux. Cette disposition fait souvent croire à un épanchement pleurétique. Les circonstances suivantes feront reconnaître qu'il s'agit seulement d'une pleurodynie: la douleur de cette affection est beaucoup plus aiguë que celle de la pleurésie et sa marche est plus rapide; cette douleur augmente très-fortement par une pression, même superficielle; il y a peu ou point de fièvre. D'un autre côté, pour produire une dilatation comme celle qui semble exister, il faudrait un épanchement considérable, et il y aurait alors une matité énorme et facilement appréciable; enfin, un épanchement n'amènerait le résultat en question qu'au bout d'un certain nombre de jours, tandis que c'est seulement après un jour, douze heures, et même moins, que la dilatation apparente du côté se manifeste de la sorte dans la pleurodynie.

Nous croyons avoir remarqué une disposition analogue dans quelques *névralgies intercostales* et dans quelques *hémiplégies*; le mécanisme étant le même que dans le cas précédent, nous n'y insistons pas.

La *pleurésie* donne lieu à une dilatation fort remarquable, mais variable. — Quand l'épanchement est médiocre, c'est surtout la partie postérieure et inférieure du thorax qui se dilate, quelquefois la partie inférieure et latérale; les côtes s'écartent en s'élevant; les espaces intercostaux s'élargissent et s'effacent. [Cet effacement tient en partie à la pression mécanique exercée par l'épanchement; mais elle est due surtout à l'inflammation de la plèvre pariétale correspondante, à l'infiltration œdémateuse et à la paralysie des muscles intercostaux sous-jacents.] A mesure qu'on remonte vers la partie supérieure de la poitrine, ces caractères disparaissent pour faire place à ceux de l'état sain. Dans les points correspondants: matité, absence des vibrations produites par la voix, absence de respiration, quelquefois égophonie, surtout vers la limite supérieure de la matité, etc. — Dans les épanchements considérables, et qui remplissent toute une plèvre, le côté se dilate en totalité depuis la clavicule jusqu'aux fausses côtes; il y a voussure en avant, en arrière et sur le côté, effacement de tous les espaces inter-

costaux et du creux sous-claviculaire, saillie notable de la région mammaire; enfin, l'hypochondre correspondant est quelquefois plus saillant, par suite de l'abaissement du diaphragme. Si l'épanchement occupe le côté droit du thorax, outre les caractères fournis par la matité, l'absence de respiration, etc., on constate l'abaissement du foie; s'il siège à gauche, on reconnaît un abaissement de la rate et le refoulement du cœur du côté droit.

La dilatation du thorax ne peut pas être signalée comme un fait constant dans la **pneumonie**, mais on l'observe cependant quelquefois. Nous l'avons constatée, il y a peu de temps encore, chez un homme affecté de pneumonie de la base du poumon droit, avec complication d'ictère; peut-être y avait-il aussi un certain degré de pleurésie, mais il n'existait certainement aucun signe d'épanchement. Dans ce cas, toute la base de la poitrine, du côté droit, était développée d'une manière exagérée et débordait de beaucoup le plan du reste du thorax, soit en avant, soit en arrière; l'oreille percevait du souffle et du râle crépitant dans la moitié inférieure de la poitrine. La question de la dilatation du poumon dans la pneumonie a été agitée avec passion par Broussais et Laënnec: le premier, en disant que les côtes s'imprimaient sur le poumon enflammé, donnait une mauvaise raison en faveur d'un fait vrai; et le second, en niant la dilatation du poumon par ce motif que les côtes n'y laissent réellement pas d'empreintes, méconnaissait une disposition parfaitement évidente. Le premier tirait une conclusion vraie d'un argument faux, et le second agissait d'une manière inverse. Les deux adversaires seraient tombés d'accord s'ils avaient reconnu l'existence de la dilatation de la paroi thoracique.

En réalité, le poumon se dilate dans la pneumonie et prend un développement beaucoup plus grand que celui qu'il a à l'état normal; il suffit de voir avec quelle facilité cet organe se gonfle sous l'influence d'une injection; il suffit de voir quel volume il acquiert dans une hépatisation complète et générale, pour qu'il ne reste aucun doute à cet égard.

La **bronchite** produit une sensible dilatation des poumons et du thorax. Tous les médecins des hôpitaux de vieillards ont remarqué que, pendant l'hiver, les malades

qui s'enrhument deviennent emphysémateux, c'est-à-dire que leur poitrine se gonfle, se développe, présente des voussures partielles; lorsque vient le printemps, cette dilatation passagère disparaît, la poitrine reprend sa conformation habituelle, en même temps que les symptômes de bronchite se dissipent. Que s'est-il passé dans ces cas? Peut-être, par suite des efforts de toux, s'est-il fait quelque rupture de vésicules et de l'air s'est-il infiltré dans le parenchyme des poumons; peut-être le poumon pressé excentriquement par l'air, pendant la toux, a-t-il cédé et perdu de son ressort; peut-être enfin de l'air est-il resté emprisonné dans quelques divisions bronchiques par les mucosités visqueuses et tenaces du catarrhe, et a-t-il dilaté quelques groupes de vésicules dans lesquelles il se trouve foulé à la manière de l'air dans la crosse d'un fusil à vent? Toutes ces suppositions sont plausibles, aucune n'est démontrée; nous ne tenons ni à l'une ni à l'autre, nous voulions seulement faire connaître le fait, qui est très-réel.

Nous avons remarqué que la **bronchite** avec râle sibilant des **fièvres typhoïdes** produit la dilatation générale du thorax; en effet, la poitrine se bombe en avant et surtout en arrière, et, à mesure que la maladie marche, on constate une augmentation de sonorité du thorax. Nous faisons remarquer qu'il ne s'agit pas ici des phénomènes que l'amaigrissement peut produire. En effet, dans aucune autre maladie aiguë nous n'avons vu de changement aussi notable de forme et de sonorité de la poitrine que dans la fièvre typhoïde; et d'ailleurs nous n'avons constaté ces phénomènes que dans les cas où il y a une bronchite intense.

Mêmes remarques pour la **bronchite capillaire**.

La **congestion des poumons** produit un effet analogue; nous reviendrons sur ce fait à l'occasion de la mensuration.

L'**emphysème pulmonaire** donne aussi lieu à la voussure et à la dilatation de la poitrine. — Lorsqu'il est partiel, il occupe, dans la majorité des cas, le bord antérieur ou le

sommet des poumons; il n'y a pas alors de dilatation générale; mais seulement un ou plusieurs points de voussure qui siègent en dehors des bords du sternum, ou bien au-dessus ou au-dessous des clavicules. Quelquefois le sternum est aussi soulevé et porté en avant; au niveau de ces points, la sonorité est exagérée, le bruit d'inspiration presque nul, l'expiration est prolongée, etc. — Quand l'emphysème est général, la poitrine est dilatée dans sa totalité; son diamètre antéro-postérieur est augmenté et aussi long que le diamètre transversal; la forme de la poitrine devient celle d'un cylindre; cependant, comme elle se voûte en arrière, on dit généralement que la poitrine devient *globuleuse*. Sa conformation ne reste jamais régulière; il y a des voussures partielles au niveau des points les plus fortement emphysémateux. Si l'on joint à cette conformation de la poitrine une sonorité partout exagérée, la gêne habituelle et la sibilance de la respiration, des accès d'asthme, une bronchorrhée, c'est-à-dire une expectoration séro-muqueuse ordinairement transparente et écumeuse, on aura la plupart des caractères propres à faire connaître facilement l'emphysème pulmonaire.

La dilatation de la poitrine est aussi un des effets du *pneumothorax*. Elle se produit généralement d'une manière assez lente; quelquefois elle est générale; souvent elle est partielle, l'existence de fausses membranes, d'adhérences, limitant fréquemment l'espace dans lequel l'air peut se répandre. Cette dilatation occupe le plus souvent la partie latérale et inférieure de la poitrine; sa forme est régulière; la poitrine ne se meut plus de ce côté; la vibration produite par la voix s'y fait sentir; il y a une sonorité tympanique; enfin les accidents sont survenus brusquement; le malade a senti un craquement, une douleur vive; il respire difficilement; il se couche sur le côté malade, etc. À l'aide de l'auscultation, on constate de la respiration amphorique, du tintement métallique.

Natalis Guillot a fait connaître une nouvelle cause de la déformation de la poitrine chez les enfants qui toussent. Il s'agit d'une infiltration gazeuse, c'est-à-dire d'un *emphysème*, qui commence par le tissu cellulaire sous-pleural et qui se propage ensuite au médiastin, au col, aux membres et au tronc. Dans ce cas, il y a déformation de la

poitrine par des soulèvements partiels de la peau; la pression détermine de la crépitation, et l'oreille la perçoit aussi. Natalis Guillot n'a constaté qu'un seul cas de guérison sur seize observations recueillies chez des enfants atteints de phthisie et surtout de coqueluche (1).

[[L'emphysème sous-cutané du thorax, du cou, du tronc et même des membres s'observe du reste également chez l'adulte, à la suite de plaies pénétrantes de poitrine, de l'opération de l'empyème, de la thoracentèse, de la laryngite nécrotique avec fistule muqueuse ou cutanée, de l'ouverture spontanée au dehors de collections purulentes intrapleurales, etc.]]

Pour compléter ce chapitre, il est nécessaire de se reporter à celui qui est consacré à la voussure dans les maladies du cœur (p. 314).

II. — DE LA DÉPRESSION DES PAROIS DE LA POITRINE.

Ce chapitre, consacré à la dépression des parois de la poitrine, est en quelque sorte le corollaire ou la contrepartie du précédent. En effet, le raisonnement et l'expérience indiquent que, lorsqu'il existe un aplatissement d'une partie de la cage thoracique, il doit exister aussi une lésion inverse de celle qui produirait la voussure ou la dilatation de cette région. Cependant, quoique le fait soit absolument vrai, une remarque est nécessaire: il ne faut pas inférer de ce qui précède que les dépressions dont il va être question seront produites par des *maladies opposées* ou *contraires* à celles qui amènent la voussure. La seule proposition que l'on puisse légitimement formuler est: que ces deux effets reconnaissent pour causes des *lésions anatomiques opposées*. Or une même maladie peut produire des états anatomiques opposés; par conséquent, la voussure et la dépression peuvent être deux expressions d'une même maladie, mais à des époques différentes de sa durée.

Caractères. La dépression des parois de la poitrine est

(1) Nat. Guillot, *Actes de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1835. — Blache et Roger, *De l'emphysème généralisé des enfants* (*Union médicale*, 1853).