

ASTHME D'ÉTÉ

Fièvre ou asthme de foin, rhino-bronchite spasmodique ou annuelle, catarrhe d'été ou pollinique, rhinite prurigineuse, coryza périodique, etc., tels sont quelques-uns des noms qu'a reçus cette maladie¹. Bostock paraît l'avoir décrite le premier en Angleterre dès 1819; mais elle ne fut connue que plus tard en Allemagne (Phœbus) et en France (Fleury, Dechambre, Parrot, Gueneau de Mussy²).

Simple variété de l'asthme pour les uns, entité pathologique spéciale pour les autres, l'asthme d'été se montre chaque année à date fixe, dans la seconde quinzaine de mai, pour durer six semaines ou deux mois. Ce retour absolument régulier caractérise nettement la maladie.

Celle-ci débute à la façon d'un coryza par des picotements dans les yeux, surtout au niveau de l'angle interne, avec du larmolement et de la sensibilité à la lumière. La voûte palatine et les fosses nasales deviennent le siège de démangeaisons, et la muqueuse nasale acquiert une sensibilité toute spéciale. Le moindre attouchement du nez, la moindre irritation par des poussières, l'action du soleil, un changement brusque de température provoquent des accès d'éternuements, qui peuvent d'ailleurs survenir d'une manière spontanée et réveillent souvent les malades au moment du lever du jour. Ces accès attirent l'attention par leur intensité. Ils se composent de dix, de vingt éternuements successifs; chacun de ceux-ci, en ébranlant la muqueuse nasale, semble déterminer le suivant. En même temps il s'écoule du nez un liquide limpide, mais très gênant par son abondance; on voit des malades mouiller ainsi plusieurs mouchoirs dans leur journée.

Cet état dure plusieurs semaines en variant d'intensité à tout instant. La chaleur, l'exposition au soleil, les voyages en chemin de fer l'aggravent; les temps pluvieux et couverts, le séjour à l'ombre et au frais l'améliorent. Enfin les éternuements deviennent moins fréquents, l'écoulement nasal plus épais, jaunâtre, et tout disparaît jusqu'à l'année suivante.

Telle est la forme de l'asthme d'été la plus fréquente, que l'on a appelée *oculo-nasale* (Gueneau de Mussy).

1. LEFLAIVE, *De la rhino-bronchite annuelle ou asthme d'été* (Thèse de Paris, 1887).
2. N. GUENEAU DE MUSSY, *Clinique médicale*.

Quelquefois la maladie se borne à peu près aux symptômes oculaires (Giffo¹), mais d'autres fois elle s'étend à l'appareil pulmonaire, ce qui lui vaut alors le nom de forme *oculo-naso-thoracique*.

Cette forme débute comme la précédente; mais, quand le coryza existe depuis une quinzaine de jours, il s'y ajoute une dyspnée de type asthmatique. Ce symptôme, qui manque en général aux premières attaques, n'est d'abord qu'une légère oppression survenant le soir; celle-ci s'accroît les jours suivants pour prendre parfois l'aspect de l'asthme le mieux caractérisé; dyspnée expiratoire, expectoration spéciale, rémission matutinale, tout s'y trouve. Tandis que le coryza est surtout marqué le jour, la dyspnée se montre le soir et la nuit et ne laisse dans le jour qu'une certaine facilité d'essoufflement et un peu de toux. Au bout de quelques jours ou de quelques semaines, la dyspnée disparaît; le coryza, qui avait été rejeté au second plan, lui survit quelques jours.

L'asthme d'été, quand il est intense, s'accompagne de légers troubles digestifs. Les urines sont peu abondantes et contiennent de l'indican; il se fait une assez forte élimination d'urates au début de l'attaque annuelle et dans les semaines qui la précèdent (Leflaive).

On voit parfois la maladie se montrer aux mois de septembre et d'octobre, ce qui lui a valu alors le nom d'*asthme d'automne*.

L'asthme d'été, que son retour périodique et sa durée rendent facile à diagnostiquer, n'est pas grave pour la vie; il ne donne lieu à aucune complication, mais il est rebelle à la thérapeutique et récidive chaque année avec une régularité désespérante. L'âge en atténue d'ordinaire les atteintes.

L'asthme d'été est environ trois fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme; sa première apparition, souvent difficile à préciser, se fait en général dans la seconde enfance ou l'adolescence, toujours avant quarante ans. La maladie est fréquemment héréditaire; apanage des familles arthritiques et surtout goutteuses, on ne la rencontre guère que dans les classes riches ou aisées. Elle s'observe dans tous les pays, mais, dit-on, avec une fréquence plus grande dans la race anglo-saxonne.

A l'exemple de Hack, bon nombre de médecins affirment que les lésions nasales, l'hyperesthésie de la membrane pituitaire y prédisposent (Nattier) ou même peuvent en être la seule cause. Parmi les causes qui passent pour déterminer l'éclosion de la maladie, et dont, il faut l'avouer, aucune n'est à l'abri de sérieuses objections, il faut citer: 1° l'action des pollens sur la muqueuse nasale, théorie la plus ancienne et peut-être la plus répandue (Gordon, Marsh, Morell-

1. GIFFO, *Considérat. sur la fièvre de foin* (Thèse de Paris, 1879).

Mackenzie, etc.); 2° l'action de microbes cantonnés dans les fosses nasales (Helmholtz); 3° l'action des premières chaleurs (Bostock), de la lumière solaire ou d'influences météorologiques encore mal connues (Dechambre).

C'est évidemment aux causes prédisposantes que la thérapeutique peut le plus aisément s'adresser. On a obtenu de sérieuses améliorations en combattant l'influence arthritique par l'hydrothérapie, l'exercice corporel et l'usage d'eaux alcalines ou arsenicales comme Vichy ou le Mont-Dore. Si l'on constate quelque lésion nasale, on peut tenter de la détruire; on a conseillé de modifier la sensibilité des fosses nasales par des cautérisations ou des badigeonnages avec une solution de cocaïne, moyens dont il ne faudrait user qu'avec prudence, car ils ne sont pas absolument inoffensifs.

Les malades doivent éviter le soleil, les poussières et les causes d'exaspération de la maladie. Les symptômes thoraciques seront combattus de la même façon que dans l'asthme ordinaire.

E. LEFLAIVE.

MALADIES DES POUMONS

EMPHYSÈME PULMONAIRE

Définition. Divisions. — Appliqué au poumon, le mot *emphysème* (de ἐμφύσημα, insufflation) désigne un état pathologique caractérisé par la formation, dans le parenchyme de cet organe, de vésicules ou vacuoles de dimensions variables, résultant de la dilatation et de la fusion d'alvéoles plus ou moins nombreux, avec ou sans perte de substance de leurs parois.

Tant que l'air reste enfermé dans les cavités aériennes, tant que les alvéoles résistent ou se rompent seulement les uns dans les autres, l'emphysème est dit *vésiculaire* ou *lobulaire*; mais si la rupture du tissu pulmonaire permet à l'air de pénétrer dans la trame conjonctive, l'emphysème devient *interstitiel*. Il peut alors envahir le tissu cellulaire sous-pleural, le médiastin et passer de là jusque sous la peau; c'est l'emphysème généralisé ou à triple siège (sous-pleural, médiastin, sous-cutané).

La distension passagère des alvéoles sans altération sensible de leurs parois, désignée sous le nom d'*emphysème aigu* ou *supplémentaire*, coïncidant toujours avec des lésions propres à une affection pulmonaire aiguë (broncho-pneumonie, coqueluche) et en formant pour ainsi dire le corollaire, ne nous occupera pas dans ce chapitre.

De même nous ne citerons que pour mémoire l'*emphysème* dit *atrophique* ou *sénile*, constitué par une raréfaction progressive du parenchyme pulmonaire, complexe anatomique qui ne répond pas pendant la vie à des signes physiques bien définis.

Nous n'aurons donc en vue que l'*emphysème chronique constitutionnel*, dû à un travail lent de déchéance portant sur l'ensemble de l'appareil élastique de la charpente lobulaire et réalisant par son