

lonné à un haut degré, on soupçonnera que l'obstacle siège à la partie inférieure des organes digestifs, et l'on ne devra jamais manquer alors de porter le doigt dans le rectum.

Il est important d'être averti que quelques individus ont la faculté, en avalant de l'air, de produire des tympanites parfois énormes. M. Gérardin en cite un exemple dans sa thèse (année 1814, n° 15).

Pronostic. — La pneumatose intestinale, dégagée de toute complication, ne constitue qu'une incommodité; il n'en est plus de même lorsqu'elle est portée à un très-haut degré. Cet accident aggrave toujours le pronostic de toutes les affections intestinales et péritonéales dans lesquelles on l'observe, et particulièrement celui de l'iléus, de la péritonite et de la fièvre typhoïde.

Traitement. — Les personnes qui sont sujettes à la pneumatose intestinale devront s'abstenir de manger des aliments indigestes, des farineux; elles mâcheront bien; elles boiront de préférence les vins de Bordeaux et de Bourgogne, s'abstiendront des vins blancs, surtout des vins mousseux, et généralement de tous les vins nouveaux; elles éviteront après le repas la fatigue, les contentions d'esprit, et généralement tout ce qui peut troubler la digestion; elles entretiendront la liberté du ventre, et feront un exercice modéré, moyen dont Fodéré a démontré l'utilité. Chez beaucoup de malades dont les digestions sont lentes, on conseille l'usage, après le dîner, de quelque boisson aromatique, comme la camomille, le thé, le café; mais les liqueurs sont généralement nuisibles. Enfin, dans les mêmes conditions, on retire souvent de bons effets de l'usage de la flanelle, des frictions sèches, surtout sur la peau du ventre, des bains aromatiques et des bains de mer. C'est lorsque la pneumatose paraît ainsi s'être développée par suite d'une atonie des organes digestifs qu'on emploiera pour la prévenir, comme pour la combattre lorsqu'elle existe, les substances dites *carminatives*, dont les principales sont, l'angélique, l'anis, l'absinthe, la menthe, la mélisse, la camomille, la cannelle, la cascarille, les écorces d'orange et de citron, etc. On donne ces substances en infusion; on prend fréquemment aussi leur eau distillée ou leur huile essentielle. On les prescrit à l'intérieur, ou bien on les met en fomentations sur le ventre. Leur emploi est contre-indiqué par l'existence d'une phlegmasie des organes digestifs; dans ce dernier cas, les antiphlogistiques seuls conviennent. Si la pneumatose est consécutive à une névrose douloureuse, ces mêmes moyens peuvent être utiles; mais il convient de les faire précéder de l'emploi des préparations opiacées. Dans quelques cas, la concentration d'une forte chaleur sur le ventre détermine l'expulsion des gaz; d'autres fois on obtient le même effet par des applications froides ou même glacées. Quelques médecins ont abusé des purgatifs; nous croyons que ces médicaments conviennent surtout dans les cas de constipation. Ils diminuent aussi très-souvent le météorisme qui survient dans la fièvre typhoïde et dans la péritonite puerpérale. Quant aux médicaments dits *absorbants*, tels que les matières calcaires, la craie, la poudre de coquilles, celle de nacre, les écailles d'huîtres, les yeux d'écrevisse, l'os de sèche, la magnésie, le charbon, etc., ils paraissent tout à fait inertes: cependant la magnésie pourrait être utile dans les cas où la distension de l'intestin serait surtout produite par l'acide carbonique; mais peut-être alors retirerait-on plus d'avantages de l'ammoniaque donnée en potion et en lavement. La médecine vétérinaire a appris, en effet, combien cette substance est utile pour combattre la distension gazeuse de la panse chez les ruminants.

Lorsque le ballonnement du ventre est extrême et que les gaz sont surtout accumulés dans le gros intestin, il conviendra de porter dans le rectum et jus-

que dans le colon une sonde œsophagienne, en ayant soin d'injecter ensuite quelques grammes de liquide pour déboucher les yeux de l'instrument. Si les gaz ne s'échappent pas alors, on adaptera à la sonde un corps de seringue; puis, retirant le piston, on produira un mouvement d'aspiration qui provoquera souvent l'expulsion immédiate d'une grande quantité de gaz. On a rarement besoin de recourir à ces derniers moyens dans les cas de pneumatoses idiopathiques, mais on les applique presque exclusivement aux pneumatoses qui sont symptomatiques d'un obstacle au cours des matières. Trop souvent pourtant il arrive que ces moyens restent sans effet; la distension devient alors extrême; dans ces cas désespérés, quelques personnes ont proposé la ponction des parois intestinales par un petit trocart. (Voyez dans le tome II l'article *Iléus*.)

DU DÉVELOPPEMENT SPONTANÉ DES GAZ DANS LES ORGANES DE LA CIRCULATION SANGUINE

Quelques médecins, tels que Pechlin, Groets, Ruysch, Morgagni dans sa 5^e lettre, et plus récemment Ollivier dans les *Archives* de 1838, ont avancé que quelques morts subites étaient produites par le dégagement d'un fluide élastique dans les organes de la circulation sanguine, et surtout dans le cœur. Les faits rapportés par les médecins que je viens de citer ne sont pas tous également concluants; cependant ceux observés par Groets, par Ruysch et par Ollivier ne permettent pas de révoquer en doute qu'il n'y ait des morts subites produites par la cause dont je parle. Dans ce cas, la mort est instantanée; quelquefois elle est précédée d'une douleur déchirante vers le cœur, d'un état passager de syncope et d'un tremblement convulsif des membres et du tronc qui ne dure que quelques secondes. On ne trouve à l'ouverture des cadavres aucune lésion organique appréciable, mais seulement une accumulation de fluide élastique dans les cavités droites du cœur; aussi, en les percutant, on produit une résonnance comparable à celle que donne l'estomac ou tout autre organe creux distendu par de l'air; enfin, le sang qui y est contenu est rouge, écumeux et combiné avec des bulles de gaz. On voit donc que les accidents observés pendant la vie, comme les lésions trouvées après la mort, sont à peu près les mêmes qu'on observe sur les animaux chez lesquels on a injecté de l'air dans les veines; ou bien encore ils ressemblent à ceux qui se produisent chez l'homme lorsque l'air atmosphérique pénètre brusquement dans une veine ouverte pendant une opération. On ne peut pas invoquer toujours la décomposition cadavérique pour expliquer la présence des gaz, car dans un cas de mort subite par exhalation gazeuse spontanée, dont l'histoire a été lue à l'Académie de médecine dans sa séance du 9 décembre 1851 par M. Durand-Fardel, on vit une saignée du bras, qui fut pratiquée immédiatement, donner issue pendant plus d'un quart d'heure à un sang violacé, mêlé à de petites bulles gazeuses. D'ailleurs, dans la plupart des faits rapportés par les auteurs, spécialement dans ceux qu'Ollivier a observés, on ne saurait considérer la présence d'un fluide élastique dans le cœur comme un phénomène cadavérique, puisqu'il n'existait aucun signe extérieur de décomposition putride, et que le sang lui-même n'offrait aucun indice d'altération septique; tout concourt donc à prouver que les gaz ont été formés pendant la vie. Suivant quel mécanisme sont-ils produits? Dirons-nous, avec Méry, que l'air atmosphérique peut passer en nature des ramifications bronchiques dans les veines pulmonaires? La chose est peu probable. Il nous semble plus rationnel de supposer que l'air, et particulière-

ment que l'acide carbonique, qui, d'après les recherches de Magnus, existe tout formé dans le sang veineux et en proportion considérable (1), se sépare, se dégage à l'état libre dans le cœur et dans les vaisseaux sous l'influence de certains états pathologiques encore indéterminés. On a dit que l'état de faiblesse des sujets prédisposait à cet accident; peut-être même la formation d'un gaz dans le système circulatoire pourrait bien être parfois cause de mort chez les individus qui ont d'abondantes hémorrhagies. On sait, en effet, que quelques personnes, et le docteur Rerolles en particulier (thèse de 1832), paraissent avoir trouvé, comme Méry et Littre, une certaine quantité de fluide élastique chez les hommes et chez les animaux qui avaient succombé après une perte de sang considérable; ce fait pourtant n'est pas encore incontestable. Terminons en disant, avec Ollivier, que, quelle que soit la cause qui donne lieu au dégagement d'un fluide élastique dans le sang pendant la vie, et quelle que soit la nature de ce gaz, il n'est pas douteux, d'après la rapidité de la mort, qu'il ne tue de la même manière que l'air qui pénètre accidentellement par l'ouverture d'un tronc veineux voisin du cœur, c'est-à-dire que la vie s'éteint alors par la brusque interruption de la circulation pulmonaire et par l'impossibilité du retour du sang dans les cavités droites, qui, distendues par un air plus ou moins raréfié, ne peuvent plus se contracter.

PNEUMATOSE DES VOIES URINAIRES ET GÉNITALES

1^o Voies urinaires.

Je ne crois pas qu'il existe dans la science une seule observation authentique qui prouve que la membrane muqueuse des voies urinaires ait jamais exhalé de gaz; les fluides élastiques qu'on y trouve quelquefois ont été accidentellement introduits. L'air extérieur pénètre rarement dans les organes génito-urinaires de l'homme, en raison de la longueur, de l'obliquité et de l'étroitesse du canal de l'urèthre. Cependant il arrive parfois qu'après l'opération du cathétérisme, et lorsque toute l'urine contenue dans la vessie a été évacuée, une certaine quantité d'air s'introduisant par la sonde est ensuite expulsée lors de la première émission d'urine. Hors ce cas, la sortie des gaz par le canal de l'urèthre chez l'un et l'autre sexe indique presque toujours qu'un des organes urinaires, et surtout que la vessie communique avec le rectum ou avec une anse d'intestin grêle.

2^o Pneumatose des parties génitales de la femme.

Il est des femmes qui, dans quelques mouvements du corps, comme dans l'action d'incliner le tronc, rendent par la vulve une certaine quantité de gaz qui s'échappent avec plus ou moins de bruit (*rot vaginal*). C'est ce qu'on n'observe guère que chez les femmes dont le vagin est large et béant, chez celles qui portent un pessaire, ou bien pendant l'acte du coït, ce qui permet à l'air extérieur de s'introduire dans le vagin et parfois même jusque dans l'utérus. Le même phénomène a lieu aussi lorsqu'il existe une fistule recto-vaginale. Dans aucun de ces cas, les fluides élastiques n'ont été exhalés par la muqueuse. Cependant il arrive quelquefois que, la cavité du col étant obstruée, des gaz

(1) *Journal de chimie*, numéro de septembre 1837, p. 507.

sont véritablement exhalés dans l'utérus lui-même en dehors de toute imprégnation; cela constitue une affection connue sous les noms de *tympanite utérine vraie* et de *physométrie*, affection dont deux accoucheurs célèbres, MM. Stoltz et Nægele, ont, à tort peut-être, contesté l'existence au dernier congrès de Strasbourg.

Rare dans l'état de vacuité, la physométrie se développe presque toujours pendant la grossesse ou peu après l'accouchement: ainsi elle survient surtout dans les cas où des portions de fœtus ou de délivre, ou bien encore des caillots sanguins retenus dans la matrice, ont subi une fermentation putride. L'utérus forme alors une tumeur proportionnée à la quantité de fluides élastiques qu'il contient; il résonne à la percussion: des vents, en général fétides, et qui quelquefois peuvent s'allumer à la flamme d'une bougie, s'échappent spontanément, ou bien leur sortie est provoquée lorsque, ayant porté le doigt dans le vagin, on débarrasse le col des caillots fibreux qui l'obstruent. En général, le ventre s'affaisse peu après, et l'utérus, frappé d'inertie, revient peu à peu sur lui-même. Presque toujours la physométrie qui dépend des causes que nous avons indiquées s'accompagne de symptômes adynamiques et nerveux plus ou moins graves, en raison de la résorption des matières putrides contenues dans la cavité utérine.

Il existe aussi dans la science quelques cas, plus rares que les précédents, de physométrie *essentielle*, c'est-à-dire des cas dans lesquels le gaz est exhalé par les parois utérines elles-mêmes, exemptes de toute lésion matérielle appréciable. Cette sécrétion morbide spontanée s'est presque toujours faite dans des utérus non fécondés. La quantité de gaz allant sans cesse en augmentant, la matrice acquiert un plus grand volume, en suivant souvent la même progression que dans une grossesse régulière. Arrivé à un certain développement, l'utérus proémine alors à l'hypogastre et même jusqu'à l'ombilic. La percussion pratiquée sur lui donne un son tympanique, et si, à l'aide du doigt porté sur le museau de tanche, on cherche à refouler l'organe en haut, on peut constater qu'il y a une pesanteur spécifique peu considérable, et qui n'est nullement en rapport avec son volume. Les femmes ressentent aussi de la pesanteur, parfois des douleurs dans le ventre, et plus ou moins de malaise; chez la plupart, les règles se suppriment, et plusieurs éprouvent les phénomènes sympathiques qui accompagnent la plupart des grossesses: aussi il est souvent arrivé que ces femmes ont cru être enceintes. Dans ces cas, on voit de temps en temps des gaz s'échapper en certaine quantité par la vulve, et cette émission être suivie d'un affaissement proportionné de la tumeur. Mais le plus souvent les vents sortent brusquement, en une seule fois, et en faisant entendre un sifflement, un bruit prolongé et parfois très-considérable. C'est ainsi qu'on a vu des femmes qu'on croyait parvenues au cinquième et au septième mois de leur grossesse, éprouver tout à coup par la vulve une irruption considérable de gaz inodores, suivie presque aussitôt de la disparition de la tumeur utérine et de tous les phénomènes sympathiques qui avaient fait croire à l'existence d'une grossesse: telle est la terminaison ordinaire de la maladie.

Diagnostic. — La physométrie peut être confondue avec la grossesse, avec l'hydrométrie et avec la tympanite intestinale. On la distinguera facilement de la grossesse par l'absence du ballotement, des bruits placentaires et fœtaux, ainsi que par la légèreté de la tumeur, qui donne un son complètement clair quand on la percuté. Le contraire a lieu dans l'hydrométrie et toutes les fois aussi que le développement de l'utérus est produit par un corps solide ou li-

guide. Enfin, on distinguera la tympanite utérine de la tympanite intestinale, en ce que dans celle-ci la distension et la sonorité occupent tout le ventre; elles sont surtout marquées sur le trajet du côlon; on sent, en outre, le relief que forment les anses intestinales distendues; de plus, le toucher fait reconnaître que l'utérus a son volume ordinaire ou qu'il est rempli par un autre produit que par un fluide élastique.

Pronostic. — La physométrie n'offre par elle-même aucun danger.

Traitement. — Le traitement de la physométrie consiste à enlever l'obstacle qui s'oppose à l'excrétion des gaz. Lorsque la maladie survient après l'accouchement, c'est presque toujours un caillot qui en est la cause : aussi le doigt porté dans le col suffit pour le détacher et l'entraîner. Aussitôt après il faudra, à l'aide d'une sonde de gomme élastique, faire pénétrer dans le corps de l'utérus des liquides émoullissants, détersifs, chlorurés. On entretiendra la plus grande propreté; on exercera une douce pression sur le ventre à l'aide d'un bandage de corps; enfin, on prescrira un traitement approprié et d'après la nature des symptômes généraux. Dans les cas de physométrie essentielle, on pourrait peut-être essayer de dilater mécaniquement le col. Le meilleur moyen serait d'introduire dans sa cavité un petit morceau d'éponge fine et sèche.

PNEUMATOSE DES MEMBRANES SÉREUSES ET SYNOVIALES

On a trouvé des gaz épanchés dans la cavité de toutes les membranes séreuses et dans la plupart des synoviales. Ces fluides élastiques sont produits fréquemment après la mort, ils sont alors le résultat de la décomposition putride; ou bien ils se sont épanchés pendant la vie, et dans ce dernier cas ils ont été rarement sécrétés ou exhalés par la membrane séreuse ou synoviale; mais ils proviennent plutôt, ou de la décomposition des fluides épanchés, ou de la communication de la cavité avec l'extérieur, à l'aide d'une plaie, ou avec des organes qui, tels que les poumons et le tube digestif, contiennent naturellement de l'air ou un gaz quelconque. Nous n'avons rien à dire sur les gaz qu'on rencontre quelquefois à l'autopsie dans les cavités articulaires, ainsi que dans les méninges cérébrales et rachidiennes, car tout porte à penser que ces infiltrations ou ces épanchements sont toujours cadavériques. D'ailleurs, à supposer qu'ils puissent se développer pendant la vie, il n'existe aucun signe particulier pour les faire reconnaître, à moins pourtant que le gaz ne se soit épanché dans une articulation superficielle, cas dans lequel la percussion, en faisant entendre un son plus ou moins tympanique, révélerait ainsi la nature de l'altération.

PNEUMATOSE PÉRITONÉALE

On a cru pendant longtemps que, dans la tympanite, les gaz occupaient spécialement ou même exclusivement la cavité du péritoine. Cependant, vers le commencement du siècle dernier (1713), Littre, dans les *Mémoires de l'Académie royale des sciences*, démontra par des ouvertures cadavériques combien cette opinion était erronée; il soutint même que le péritoine n'exhalait jamais de gaz pendant la vie, et que, dans toutes les tuméfactions venteuses du ventre, les fluides élastiques étaient constamment et exclusivement contenus dans l'estomac et dans les intestins. Cette doctrine trouva des contradicteurs; Combalusier, surtout, chercha à la réfuter dans le tome 1^{er} de sa *Pneumopathologie*. Mais aucun des faits que cet auteur a rapportés ne démontre que les

gaz que lui et d'autres ont trouvés dans le péritoine aient été réellement exhalés par cette membrane, et que dans aucun cas ils ne provenaient d'une lésion des intestins, et plus souvent encore d'un commencement de décomposition putride. Nous croyons que, dans l'état actuel de la science, si l'on ne doit pas nier absolument la possibilité d'une pneumatose péritonéale, cependant cette affection est tellement rare, qu'il n'en existe peut-être pas encore d'exemples bien authentiques. Je parle d'une pneumatose essentielle; car personne ne conteste que, dans un épanchement purulent, la décomposition du liquide ne puisse produire des gaz; mais ce cas lui-même est fort rare. Plus rarement encore on voit une tympanite péritonéale survenir dans le cours d'une péritonite simple; M. Michel Lévy en cite pourtant un exemple curieux dans la *Gazette médicale* de 1848.

On dit que, dans la pneumatose péritonéale, le ventre est arrondi, qu'il offre une résonance tympanique uniforme, que le foie est refoulé en arrière, et qu'on ne sent le relief d'aucune anse d'intestin; la respiration serait en outre gênée; les individus ne rendant point de gaz, ni spontanément, ni par l'introduction d'une sonde dans le rectum, succomberaient enfin au milieu d'accidents asphyxiques.

DU PNEUMOPÉRICARDE

L'épanchement de gaz dans le péricarde est une maladie fort rare et sur laquelle nous ne possédons encore aucun renseignement précis. Il résulte cependant du petit nombre de faits observés jusqu'à ce jour, que le pneumopéricarde a presque toujours coïncidé avec un épanchement liquide.

On a indiqué deux signes comme pouvant faire diagnostiquer l'accumulation de gaz dans le péricarde. Ces signes sont une résonance tympanique de la région précordiale, et un bruit de fluctuation et de gargouillement déterminé par les battements du cœur. On dirait (et cela était très-évident chez un malade dont M. Brichteau a publié l'observation dans les *Archives* de 1844) qu'une aile de moulin frappe successivement le liquide, ou bien qu'on souffle fortement avec un tube dans un vase contenant de l'eau. Il faut seulement prendre garde de ne pas confondre avec le phénomène de fluctuation un bruit à peu près semblable dont l'estomac est souvent le siège pendant l'ingestion des liquides, ou lorsqu'on imprime au tronc une secousse un peu forte.

Laëmmec croyait que l'épanchement gazeux dans le péricarde était cause que chez certains sujets on pouvait entendre les battements du cœur à une certaine distance de la poitrine; mais aucun fait, que je sache, n'est venu à l'appui de cette assertion. Nous verrons d'ailleurs, par la suite, que les battements du cœur ne s'entendent à distance que dans certaines affections organiques ou dans quelques cas de palpitations nerveuses.

DU PNEUMOTHORAX

On rencontre fréquemment des gaz épanchés dans les plèvres. Presque toujours ces fluides y pénètrent à la suite d'une rupture ou d'une perforation ulcéreuse des poumons; quelquefois ils proviennent directement de l'extérieur, lorsque, par exemple, il existe une plaie pénétrante des parois de la poitrine; ou bien ils sont fournis par un des viscères abdominaux, notamment par l'estomac, lorsqu'une communication morbide s'est établie entre la plèvre et lui.

On a supposé encore que les liquides épanchés dans les plèvres, tels que le sang et le pus, pouvaient se décomposer de manière à laisser dégager des gaz. Enfin on a admis généralement que, dans quelques cas rares, la plèvre pouvait spontanément, ou bien dans le cours d'une phlegmasie aiguë ou chronique, exhaler des fluides aëriiformes. Il ne peut être question ici que de cette dernière forme de pneumothorax, renvoyant l'étude des autres espèces à ce que nous dirons dans le volume suivant des perforations de la plèvre et des poumons.

Existe-t-il un pneumothorax essentiel, c'est-à-dire un pneumothorax constitué par une simple exhalation gazeuse à la surface des plèvres sans solution de continuité appréciable de cette membrane? Laënnec, Graves et Stokes ont répondu affirmativement à cette question, mais la chose reste fort douteuse pour moi. Quoi qu'il en soit, la sécrétion morbide ne s'effectuerait pas lorsque la plèvre est intacte, mais seulement dans les cas où elle a été le siège d'une phlegmasie plus ou moins vive. Ainsi Laënnec déclare que, dans les pleurésies aiguës, à une époque voisine de l'épanchement, et sans que le liquide épanché éprouve aucune altération chimique, une exhalation gazeuse peut se joindre à l'épanchement liquide. Plus récemment, Graves a parlé d'un pneumothorax par exhalation qui viendrait quelquefois compliquer la pleuropneumonie. Sans doute il est permis de se demander si l'on n'a pas considéré comme appartenant nécessairement au pneumothorax ces pleurésies, ces pleuropneumonies dans le cours desquelles on constate sous la clavicule correspondante cette sonorité tympanique et cette faiblesse du bruit respiratoire sur lesquelles Skoda a particulièrement appelé l'attention (voyez page 422).

En l'absence de tous renseignements précis et dans le doute même où nous sommes s'il existe ou non un pneumothorax essentiel, mieux vaudrait peut-être se taire que d'esquisser un peu *a priori* les symptômes de cette affection.

Il est rationnel pourtant de supposer que dans le pneumothorax essentiel il doit y avoir dilatation, ampliation du thorax et exagération de la sonorité comme dans le pneumothorax symptomatique, mais il est fort douteux pour nous qu'il puisse se produire dans l'acte de la respiration, ou pendant les secousses de la toux, ou dans les vibrations de la voix, le phénomène connu en auscultation sous le nom de *tintement métallique*. Skoda admet le contraire, car il suppose que la résonance de la voix dans les bronches, s'il n'existe qu'une mince épaisseur du poumon, peut se transmettre à l'air épanché dans la plèvre. Mais, dans ces cas, est-ce le véritable tintement métallique qui se produira? N'est-ce pas plutôt, ainsi que MM. Barth et Roger le remarquent, une espèce d'écho de la toux ou de la voix qui retentit dans la cavité pleurale? Nous croyons aussi que le tintement métallique ne doit se produire que fort difficilement, même lorsque l'épanchement gazeux coexiste avec un épanchement liquide. Je sais bien que, dans ces cas, on a supposé qu'une goutte de sérosité, en tombant de la partie supérieure de la poitrine sur l'épanchement liquide, ou qu'une bulle d'air, en traversant celui-ci et en venant éclater à sa surface, pouvait déterminer le tintement métallique; mais c'est là un fait qui ne nous semble pas encore démontré; le fût-il d'ailleurs, ces conditions pour la production du phénomène doivent se rencontrer fort rarement. Est-il possible que le tintement métallique puisse se reproduire aussi sous l'influence d'une forte secousse due à l'ébranlement de l'air et à l'agitation du liquide par les éclats de la toux ou par les ébranlements de la toux? MM. Barth et Roger admettent cette possibilité; mais personne, que je sache, n'est encore arrivé à la démonstration du fait. S'il est douteux pour nous que le tintement métallique puisse naître dans les conditions dont je parle, il n'en est plus de

même du bruit de *fluctuation thoracique*. Une fistule pulmonaire n'est pas nécessaire pour le produire; on pourra toujours l'entendre lorsqu'il existera dans la poitrine une vaste cavité contenant à la fois des gaz et un liquide.

Pour nous résumer, si l'exhalation gazeuse des plèvres existe, elle doit se traduire à l'extérieur, pendant la vie, par la dilatation des parois thoraciques, par une exagération de la sonorité, par l'absence du bruit respiratoire dans les poumons correspondants; enfin, dans les cas où avec l'épanchement d'air il y a simultanément un épanchement liquide, par un bruit de *fluctuation thoracique* pendant les secousses imprimées au thorax. La respiration amphorique, phénomène presque constant dans le pneumothorax symptomatique d'une fistule pulmonaire, ne doit pas se rencontrer dans la simple exhalation gazeuse des plèvres. Quant au tintement métallique, on comprend sa possibilité, mais il est douteux pour nous qu'il puisse jamais avoir lieu.

Le pneumothorax simple nous paraît être une affection bénigne; dans les cas cités jusqu'à présent, si toutefois il est permis de les accepter sans réserve, on n'aurait point observé l'étouffement, l'oppression, la suffocation, l'anxiété, qu'on remarque presque toujours dans le pneumothorax symptomatique d'une fistule pulmonaire. Cette différence tient à ce que, dans ce dernier, une grande quantité de gaz fait tout à coup irruption dans la plèvre, tandis que, dans le premier, la séreuse n'exhale qu'un petit volume de fluide aëriiforme, lequel d'ailleurs est parfois promptement résorbé. Avouons pourtant que les faits manquent encore pour déterminer d'une manière un peu exacte les symptômes, la marche et les suites du pneumothorax essentiel. Le même doute existe relativement au traitement. Disons cependant que la maladie semble exiger rarement une thérapeutique énergique. (Voyez, dans le tome II, l'article *Perforation des poumons et des plèvres*.)

Je conclus le 3 de cèbre 84

FIN DU PREMIER VOLUME.

DOCTOR
Gomas Iglesias.

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. L.