

les vapeurs pénètrent-elles jusque dans les plus fines ramifications bronchiques? La question a été bien souvent discutée, mais toujours diversement résolue.

On peut encore utiliser la voie hypodermique pour injecter dans l'organisme des corps volatils, comme l'*eucalyptol*, qui s'éliminent par la muqueuse respiratoire. On fera des injections d'huile d'olive stérilisée contenant 20 pour 100 d'*eucalyptol* et l'on injectera chaque fois 50 à 10 centigrammes d'*eucalyptol*.

c. La médication tonique consistera en l'usage de *vins généreux*, de *cognac*, etc.

Le traitement chirurgical est celui qui répond le mieux aux indications. On ouvre le foyer gangreneux et on le draine; cette pratique, déjà employée un assez grand nombre de fois, a donné des succès éclatants. A peine la cavité est-elle ouverte, que la fièvre tombe, que la fétidité disparaît et que les forces reprennent. La pneumotomie n'est d'ailleurs indiquée que si le foyer gangreneux est nettement circonscrit et superficiel, et si les malades ont des chances sérieuses de faire les frais de l'opération. Les résultats de la pneumotomie paraissent favorables, si l'on considère la gravité habituelle de la gangrène; sur 26 cas, Fabricant relève 16 guérisons, M. Reclus 12 guérisons et 2 morts seulement sur 14 observations. Sur 112 interventions relatées par Garré et Sultan (*Beitrag zur klin. Chir.*, 1902), la mortalité n'a été que de 34 pour 100. Les plus nombreux succès sont obtenus par l'intervention pour des gangrènes métapneumoniques (Tuffier, *Congrès de Moscou*, 1897). Les résultats éloignés de la pneumotomie sont habituellement satisfaisants, du moins en ce qui concerne les gangrènes aiguës du poumon; car dans les gangrènes qui compliquent une lésion chronique du poumon il peut persister des dilatations bronchiques, de la sclérose pulmonaire contre lesquelles il est impossible d'agir (Villière). En tout cas les résultats du traitement chirurgical sont supérieurs à ceux que donne le traitement médical (mortalité de 75 pour 100).

#### ASTHME

On a beaucoup discuté sur les causes de l'asthme; s'il existe des divergences au sujet de certains points, notamment au sujet des causes provocatrices de l'accès, on est d'accord cependant pour faire de l'asthme une névrose presque toujours diathésique et héréditaire. « Dartres, rhumatisme, goutte, hémorroïdes, gravelle, migraine, sont des affections que l'asthme peut remplacer et qui, réciproquement, peuvent remplacer l'asthme; ce sont des expressions différentes d'une même diathèse (Tronseau).

L'irritabilité anormale des centres et des nerfs respiratoires peut être mise en jeu par des causes provocatrices diverses, dont la principale est de connaissance relativement récente.

Parmi ces causes, les affections nasales tiennent le premier rang. C'est à Voltolini que l'on doit les premières observations relatives à la coïncidence d'asthme et de polypes du nez, et la guérison de cet asthme à la suite de l'ablation des polypes. Depuis, de nombreux médecins ont confirmé la réalité des faits avancés par Voltolini: Frænkel regarda l'accès d'asthme comme un acte réflexe résultant de l'irritation des filets sensitifs de la pituitaire (filets du trijumeau et peut-être de l'olfactif).

Certaines lésions laryngées paraissent également jouer le rôle d'agent provocateur de l'asthme.

Pour le professeur Landouzy, derrière « l'asthme vrai » se cache le plus souvent la tuberculose; l'asthmatique réputé le plus franc est, suivant lui, sujet à des accès de spasmes respiratoires parce qu'il a une épine tuberculeuse thoracique qui « conditionne la localisation de la névrose », au même titre que le peut faire telle ou telle lésion nasale si fréquemment incriminée. A l'objection qui d'emblée se présente, à savoir que la tuberculose, chez les asthmatiques, n'a pas les allures classiques de la tuberculose, M. Landouzy répond que le terrain sur lequel apparaît l'asthme explique en partie l'évolution si torpide de la tuberculose: « En se développant chez un neuro-arthritique, la bacillose aboutit à l'appareil dyspnéique convulsif qui fait entrer certains arthritiques néo-tuberculeux dans la catégorie des asthmatiques. Les tuberculeux de ce genre ne crachent pas, d'où l'impossibilité de contrôler le diagnostic par l'examen des crachats; mais parfois l'usage de l'iodure de potassium détermine des congestions péri-tuberculeuses autour du noyau que l'auscultation n'avait d'abord pas permis de localiser. » La cure du Mont-Dore est particulièrement utile chez les asthmatiques suspects de tuberculose.

Les causes provocatrices de l'asthme, autres que les affections des organes respiratoires, sont plus discutables: Hensch, en 1876, a décrit chez les jeunes enfants un asthme dyspeptique disparaissant par un vomitif; Silbermann, en 1882, a signalé des faits semblables. M. le professeur Bouchard a rattaché certaines crises d'asthme chez l'adulte à la dilatation de l'estomac; les excitations cutanées (par dermatose) ont été incriminées également. Enfin, chez les enfants, la malaria, la syphilis héréditaire, ont été incriminées (il est probable qu'en ce qui concerne cette dernière maladie, c'est par l'intermédiaire de l'adénopathie trachéo-bronchique que le pneumogastrique est mis en jeu).

Lorsqu'il n'existe aucune cause appréciable, il faut bien admettre que l'asthme est essentiel, c'est-à-dire qu'il survient uniquement en vertu de la prédisposition morbide héréditaire, que personne ne songe à discuter. « Les asthmatiques sont tous de grands névropathes. » (Brissaud.)

Nous étudierons d'abord le traitement général de l'asthme, indépendamment de sa cause provocatrice, puis le traitement causal.

#### A. — Traitement général.

##### I. — Traitement de l'accès.

Lorsque l'accès est commencé, il faut asseoir le malade, et lui maintenir la tête haute, le corps penché en avant; il sera débarrassé de tous les vêtements qui gênent la circulation, et les fenêtres de l'appartement seront ouvertes.

Il suffit parfois de faire plonger au malade ses mains dans l'eau très chaude (Winternitz) pour enrayer l'accès, mais le moyen n'est rien moins que fidèle.

Quand l'accès est très intense, il n'existe qu'un remède héroïque, c'est l'injection de *morphine*. On injecte 1 centigramme à la fois, ou bien une quantité moindre, si l'on ignore la susceptibilité du malade à l'égard de ce médicament: on peut d'ailleurs renouveler l'injection, si la première ne suffit pas à calmer la dyspnée.

Si la morphine provoque des vomissements, on peut lui associer l'*atropine*.

Eau distillée de laurier-cerise. . . . .	10 grammes.
Chlorhydrate de morphine . . . . .	10 centigrammes.
Sulfate neutre d'atropine. . . . .	1 centigramme.

Injecter d'abord une demi-seringue.