

disparaît qu'avec la fièvre, c'est-à-dire avec la maladie elle-même. Deux moyens agissent indirectement sur elle : les *médications antithermiques* et les *bains froids*, les *enveloppements froids*.

Rappelons incidemment que l'augmentation de la dyspnée au cours d'une pyrexie doit toujours faire songer à une complication intercurrente, comme la pneumonie ou la broncho-pneumonie, et qu'en présence d'une accélération notable des mouvements respiratoires on doit ausculter le malade avec le plus grand soin.

Les dyspnées, dues à une affection des voies respiratoires, sont, avec les dyspnées cardiaques, celles que l'on observe le plus fréquemment.

S'agit-il d'un obstacle siégeant dans les fosses nasales (polypes naso-pharyngiens par exemple), il faut intervenir, non seulement dans le but immédiat de supprimer l'obstacle à la respiration, mais pour prévenir certaines complications, qui peuvent survenir à plus ou moins longue échéance, comme les déformations thoraciques.

Dans les *affections laryngées*, la dyspnée, qui se caractérise ici par le tirage, peut survenir progressivement, ce qui permet de se tenir prêt à toute éventualité; d'autres fois, elle survient inopinément, au cours d'une affection laryngée qui jusqu'alors n'avait déterminé qu'une gêne respiratoire insignifiante (croup, syphilis, paralysie laryngée par anévrisme de l'aorte), ou bien dans le cours d'une maladie générale (variole, scarlatine, mal de Bright), déterminant l'œdème de la glotte. C'est pour prévenir l'éventualité d'une asphyxie subite que l'on propose la *trachéotomie* préventive, dans nombre de cas de cancer ou de tuberculose du larynx.

La dyspnée *pulmonaire* est des plus variables dans son intensité. Celle des affections aiguës (pneumonie, broncho-pneumonie) peut être soulagée par divers moyens : par la *morphine* qui supprime le point de côté et qui agit d'autre part sur le centre bulbaire, par la *révulsion cutanée*, et notamment par les enveloppements froids, par les *vaporisations* d'eau qui rendent les exsudats moins adhérents et facilitent ainsi l'expectoration, par les *vomitifs* qui débarrassent les bronches des mucosités, parfois par les *bains* qui diminuent la température, qui déterminent une réaction énergique de la part des centres nerveux, qui facilitent enfin l'élimination des toxines.

La dyspnée dans les bronchites n'acquiert une importance réelle qu'aux deux âges extrêmes de la vie, parce qu'alors la bronchite est habituellement profonde et surtout parce que les muscles de Reissessen ont perdu leur force contractile ou ne sont pas encore assez énergiques pour aider à l'expectoration. C'est pourquoi les *vomitifs* sont d'une utilité extrême dans ces cas, en provoquant la déplétion du poumon et le rejet des crachats. Pour la même raison, ils constituent le meilleur remède de la congestion pulmonaire aiguë. La dyspnée emphysémateuse trouve dans l'emploi des *iodures* un remède précieux, mais dont l'usage doit être pour ainsi dire indéfini.

Dans l'adénopathie trachéo-bronchique, la dyspnée est parfois au-dessus des ressources de la thérapeutique lorsque les ganglions sont cancéreux, mais d'autres fois les *iodures*, l'*huile de foie de morue*, l'*arsenic* la font rapidement disparaître s'il s'agit de ganglions tuberculeux ou bien hypertrophiés à la suite d'une maladie infectieuse (coqueluche, rougeole, etc.).

Chez les tuberculeux, les causes de dyspnée sont multiples; il faut tenir compte de l'emphysème, du pneumothorax, de la rétraction du poumon par suite d'adhérences pleurales, etc., avant de mettre la dyspnée sur le compte des lésions tuberculeuses. Alors que l'*oxygène* n'apporte qu'un soulagement précaire, il suffit parfois d'une simple *vaporisation d'eau chaude* pour mettre un terme à l'asphyxie menaçante, en permettant le rejet des gros crachats qui devient si difficile à la période ultime. La *morphine* est une ressource précieuse à cette période, mais ce peut être aussi une arme dangereuse, car beaucoup de phtisiques avancés ne peuvent plus expectorer à la suite d'une injection.

Outre les inhalations d'oxygène on a proposé, ce qui peut paraître étrange *a priori*, les *inhalations d'acide carbonique* comme moyen de traitement de certaines dyspnées et notamment de la dyspnée des tuberculeux.

C'est un médecin lyonnais, le Dr Weill, qui a proposé les inhalations d'acide carbonique. Ces inhalations se font à l'aide du ballon Limousin. Les séances d'inhalations se font une ou deux fois par jour et durent de deux à cinq minutes.

La dyspnée dans les épanchements *pleuraux* est un signe trompeur, sur l'existence ou l'absence duquel on ne doit pas se fonder uniquement pour intervenir. S'il est des cas où l'existence d'une dyspnée intense révèle un épanchement très abondant, il en est d'autres où le même épanchement existe avec une dyspnée très modérée, ou même nulle. On s'exposerait à de graves mécomptes en ne pratiquant la *thoracentèse* que dans le cas où le malade étouffe; c'est le degré de déplacement des organes qui est le principal élément d'appréciation, quand il s'agit de déterminer si la thoracentèse est urgente ou non.

La dyspnée, dans la pleurésie diaphragmatique, acquiert une intensité particulière, en raison de la participation du phrénique; elle ne cède qu'aux injections répétées de morphine.

Dans la pleurésie sèche, elle est en raison directe de l'étendue des adhérences.

Une dyspnée brusque et intense, survenant brusquement au cours de la tuberculose pulmonaire, doit faire songer au pneumothorax. La ponction simple supprime la dyspnée angoissante qui domine dans les cas de pneumothorax à soupape.

La dyspnée est le symptôme le plus important et le plus commun des *maladies du cœur et de l'artério-sclérose*; sa pathogénie a été récemment l'objet d'intéressants travaux; on a démontré que la dyspnée cardiaque ne revêt pas toujours des formes identiques et ne reconnaît pas toujours une cause univoque. La forme la plus commune est la dyspnée d'effort, qui cesse au repos, et qui est le symptôme initial des cardiopathies. D'autres fois, à une période plus avancée, la dyspnée est continue ou bien se manifeste sous forme d'accès nocturnes simulant l'asthme essentiel. Quant aux causes, elles varient comme les caractères mêmes de cette dyspnée; tantôt, en effet, on ne peut constater que l'existence d'une lésion valvulaire, sans stase sanguine dans le poumon; tantôt il existe des congestions pulmonaires étendues, un hydrothorax; enfin, parfois, avec des troubles circulatoires et pulmonaires peu marqués, il existe une oppression considérable. C'est qu'alors la lésion n'atteint pas seulement le cœur; elle est généralisée à l'arbre artériel et reconnaît comme pathogénie l'accumulation dans l'économie des toxines qui n'ont pu être éliminées. C'est la dyspnée ptomainique d'Huchard.