

marquée à droite qu'à gauche. Les mensurations faites avec le *cyrtomètre* de Woillez ne font que confirmer les résultats de l'inspection.

Les *vibrations thoraciques* sont normales ou affaiblies en raison de l'altération du parenchyme pulmonaire et de la rigidité de la cage thoracique.

Le *son de percussion* est exagéré, parfois même il est tympanique. Par la percussion, on constate aussi que les limites des poumons sont partout reculées; en arrière le son pulmonaire atteint les dernières côtes; en avant il peut atteindre les septième et huitième côtes, tandis qu'à l'état normal il s'arrête au niveau de la sixième côte. Au niveau des bords antérieurs du poumon, la sonorité pulmonaire dépasse aussi ses limites habituelles; elle empiète sur la matité cardiaque,

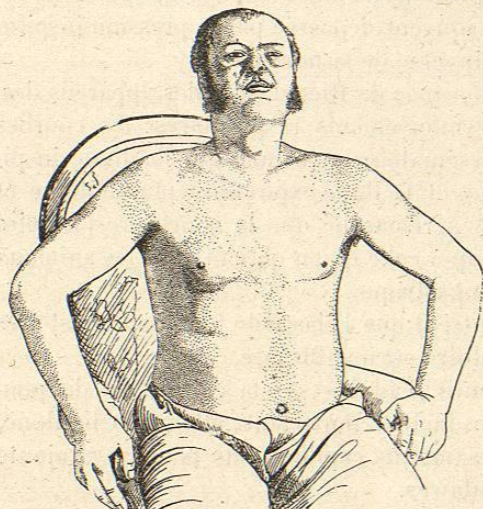


FIG. 4. — Thorax d'un emphysemateux asthmatique. (D'après une photographie.)

qui est parfois très réduite. Dans quelques cas exceptionnels, le son de percussion, au lieu d'être grave et sonore, tend à s'élever et à devenir presque mat; cela ne s'observe que dans les emphysemes très marqués, où la tension intra-pulmonaire est excessive.

A l'*auscultation*, l'inspiration est obscure, courte, peu moelleuse, difficile, comme *humée*; l'expiration est *prolongée*; elle devient plus longue que l'inspiration, ce qui est le contraire de l'état normal.

Presque toujours, aux signes que nous venons d'énumérer, et qui appartiennent en propre à l'emphyseme, s'ajoutent les signes de la bronchite chronique; on entend partout des

râles ronflants et sibilants, et parfois, aux bases, quelques râles sous-crépitaux; cette bronchite, qui accompagne presque toujours l'emphyseme, a des origines diverses: tantôt elle a précédé l'emphyseme dont elle a été la cause par les efforts de toux et la dyspnée qu'elle a provoqués; tantôt bronchite et emphyseme sont les effets concomitants de l'asthme; tantôt enfin la bronchite a été la conséquence de l'emphyseme. Nous avons montré qu'en raison des communications qui existent entre les veines bronchiques et les veines pulmonaires, toute affection qui, comme l'emphyseme, rétrécit le système vasculaire du poumon, peut avoir pour effet d'engorger les bronches. Ainsi la bronchite et l'emphyseme peuvent s'engendrer réciproquement; de leur association résulte donc un cercle vicieux, l'une des deux affections entretenant et aggravant l'autre. On s'explique ainsi la fréquence de ce syndrome: *emphyseme pulmonaire avec bronchite chronique*.

L'examen des autres organes montre quelques particularités intéressantes. Le *foie* est abaissé du côté droit, et la *rate* du côté gauche. L'*estomac*, abaissé aussi, est distendu ou dilaté; le creux épigastrique est effacé et remplacé par une saillie; des troubles dyspeptiques s'observent en même temps (appétit affaibli, crampes d'estomac, renvois gazeux, régurgitations acides). D'après Chelmonski, l'origine de ces troubles réside, comme pour les affections cardiaques, dans la stase veineuse de l'estomac qui diminue la sécrétion gastrique

(hypochlorhydrie). Mais il est souvent difficile de savoir si cet état dyspeptique est antérieur ou postérieur au développement de l'emphyseme. Les paroxysmes dyspnéiques sont quelquefois causés par les troubles gastriques; au moment de la digestion, l'estomac se remplit de gaz et comprime le diaphragme, ce qui engendre un accès de dyspnée (pseudo-asthme d'origine gastrique). Chez l'emphysemateux, l'intestin est souvent frappé d'atonie; la constipation et les hémorroïdes sont fréquentes. D'après Esbach, la déformation hippocratique des doigts, si commune dans toutes les maladies des voies respiratoires, est rare dans l'emphyseme (1 fois sur 6).

Évolution de l'emphyseme. — Dilatation du cœur droit. — Défaillance cardiaque. — L'emphyseme est une maladie incurable, dont la marche est progressive. Il peut néanmoins durer longtemps sans troubler sérieusement la santé: « La maladie commence souvent dans l'enfance, peut durer un très grand nombre d'années et n'empêche pas le malade d'arriver à un âge avancé, quoique la complication fâcheuse, qu'une respiration habituellement imparfaite établit relativement à toutes les maladies intercurrentes un peu graves, paraisse devoir rendre la probabilité de durée de la vie beaucoup moindre. » (Laënnec.)

Une des causes d'aggravation, ce sont les poussées de bronchite aiguë qui surviennent si souvent; la toux et la dyspnée deviennent plus intenses et hâtent les progrès de la lésion emphysemateuse.

Puis, un jour vient où des *troubles cardiaques* se montrent. Dès que la lésion emphysemateuse est constituée, le cœur droit a un surcroît de travail considérable; il est obligé de surmonter l'obstacle qui résulte de l'oblitération des capillaires du poumon; il faiblit dans cette tâche, et d'autant plus facilement que ses efforts ne sont plus secondés par l'aspiration thoracique, qui est insuffisante. Aussi, très rapidement, il se laisse distendre. La dilatation du cœur droit est la règle dans l'emphyseme; elle n'est pas toujours appréciable par la percussion, car les bords antérieurs du poumon emphysemateux recouvrent en grande partie la région cardiaque; mais il est un signe qui ne manque presque jamais chez les emphysemateux, et qui indique la dilatation du cœur droit, ainsi que l'hypertension veineuse qui l'accompagne, c'est la *turgescence des veines jugulaires*. Enfin arrive la défaillance du cœur; la phase cardiaque succède à la phase pulmonaire du mal; aux signes de la dilatation du cœur droit se joignent ceux de l'insuffisance tricuspидienne: pouls veineux, jugulaire et hépatique, souffle tricuspидien systolique, œdème des malléoles, stases viscérales, oligurie, etc. En même temps, la dyspnée augmente considérablement. Le repos et les toniques du cœur peuvent conjurer le danger des premières crises; mais il arrive un moment où la contractilité cardiaque ne peut plus être stimulée, et l'asphyxie progressive emporte le malade au milieu d'un complexus semblable à celui qui accompagne la fin des maladies du cœur. C'est ordinairement par le cœur que meurent les emphysemateux.

Complications. — L'évolution que nous venons de retracer peut être interrompue par une maladie intercurrente. Une *bronchite capillaire*, une *bronchopneumonie* peuvent se développer, et ces affections revêtent chez l'emphysemateux un caractère de gravité considérable; elles apportent un nouvel obstacle à l'hématose et entraînent facilement l'asphyxie. Le poumon emphysemateux

teux offre en effet un exemple de ces aptitudes fonctionnelles restreintes que M. Potain a étudiées sous le nom de *méiopragies fonctionnelles* et qui jouent un si grand rôle en pathologie.

Parmi les complications propres à l'emphysème, il faut citer le pneumothorax et l'emphysème interlobulaire.

Le *pneumothorax* survient à la suite de la rupture d'une vésicule emphysema-teuse sous-pleurale; il est en général bénin et guérit assez rapidement; cela tient probablement à la pureté de l'air qui pénètre dans la plèvre; cet air est privé de microbes quand l'emphysème n'est pas compliqué d'une lésion pulmonaire inflammatoire ou tuberculeuse.

L'*emphysème interstitiel* se produit à la suite de quintes de toux violentes (coqueluche), de cris, de convulsions, particulièrement chez les jeunes enfants; quelquefois il reconnaît pour cause des efforts violents, tels que ceux d'un accouchement laborieux (Hautcœur). L'emphysème interstitiel est difficile à reconnaître. Laënnec regardait comme presque caractéristique un *râle crépitant sec à grosses bulles*.

L'infiltration aérienne du médiastin aurait pour signe, d'après F. Müller, l'effacement des espaces intercostaux; la disparition de l'impulsion du cœur et du choc de la pointe; à la percussion, une sonorité anormale remplaçant la matité cardiaque; à l'auscultation, une crépitation, synchrone à la systole cardiaque, perçue dans toute la région du cœur et seulement dans cette région. Dans un cas, M. Galliard n'a observé aucun de ces signes, mais seulement l'exagération de la dyspnée⁽¹⁾. D'ordinaire l'emphysème du médiastin est latent; on ne le reconnaît qu'indirectement, lorsque l'infiltration gazeuse devient sous-cutanée; on observe alors la tuméfaction et la crépitation caractéristiques, d'abord au cou, particulièrement au creux sus-sternal, puis à la face et à la partie supérieure du thorax, enfin dans toutes les régions du corps. L'emphysème sous-cutané est très grave; sur 21 cas, Roger en a relevé 17 mortels.

Pronostic. — L'emphysème est une maladie incurable, mais compatible avec un état de santé assez satisfaisant et même avec une longue vie.

Abstraction faite des complications et des coïncidences morbides qui aggravent évidemment beaucoup l'état du malade, le pronostic dépend de l'âge du sujet, de sa tendance à contracter les bronchites, de l'état de son cœur et de ses vaisseaux, et enfin du degré de la lésion. Le degré de la lésion peut être apprécié à l'aide du spiromètre; d'après Waldenburg, le pronostic est fâcheux si la capacité vitale est diminuée de moitié; il est tout à fait défavorable quand elle descend au-dessous de la moitié du chiffre normal. Récemment, M. Lermoyez a rapporté une observation très étudiée qui montre bien l'importance de la spirométrie à ce point de vue; son malade présentait à l'auscultation les signes d'un emphysème pulmonaire très marqué: à gauche, silence respiratoire presque complet, la respiration ne reparaisant qu'au hile; à droite, murmure vésiculaire faible, et expiration très prolongée; or, le malade n'éprouvait aucun trouble fonctionnel, surtout pas de dyspnée; on recherche alors la capacité respiratoire du malade: on la trouve normale. M. Lermoyez pense que, dans ce cas, l'emphysème était limité à la surface du poumon, et s'étendait très peu en profondeur. L'oreille fait donc le diagnostic, mais c'est le spiromètre qui fait le pronostic⁽²⁾.

⁽¹⁾ Société médicale des hôp., 17 mars 1895.

⁽²⁾ France médicale, 1891, n° 41, p. 641.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'emphysème généralisé, tel que nous venons de le décrire, ne présente pas de difficulté. Laënnec considérait comme presque caractéristique l'association de deux signes: l'exagération du son de percussion et l'affaiblissement du murmure vésiculaire. Ajoutons-y la déformation de la poitrine, et nous aurons une triade symptomatique qui permettra d'établir un diagnostic presque certain.

Cependant il est une affection où l'on rencontre ces trois signes, c'est le *pneumothorax*. Mais le pneumothorax a un début brusque et il est unilatéral; il s'accompagne de l'abolition des vibrations vocales et de bruits à consonance métallique qui font défaut dans l'emphysème. Affaibli seulement dans l'emphysème, la respiration est complètement abolie dans le pneumothorax. Enfin les conditions étiologiques du pneumothorax viendront encore faciliter le diagnostic.

Dans les cas de *compression de la trachée et des grosses bronches*, on peut observer une exagération de la sonorité et la diminution du murmure vésiculaire: mais dans ce cas, il n'y a pas de dilatation du thorax, et l'existence du tirage et du cornage achèvera de lever tous les doutes.

Certains sujets semblent avoir une *hypertrophie congénitale ou compensatrice du poumon*: leur thorax est dilaté, les limites du poumon sont reculées; mais le murmure vésiculaire n'est pas affaibli et la capacité respiratoire est normale⁽¹⁾.

Quand on constate les signes de l'emphysème, il faut toujours se demander s'il s'agit d'un emphysème vrai, définitif, ou bien d'un *emphysème aigu*, souvent curable, comme cela s'observe dans la coqueluche et la bronchite capillaire. L'évolution de la maladie peut seule lever tous les doutes.

À la phase cardiaque ou hydropique de l'emphysème, il est parfois malaisé de reconnaître l'origine des accidents: ce n'est qu'en consultant l'histoire du malade qu'on parviendra à découvrir si les troubles asystoliques sont la conséquence d'une affection du cœur proprement dite, d'une lésion rénale, ou de l'emphysème.

Les véritables difficultés ne résident pas dans le diagnostic de l'emphysème lui-même, mais dans la recherche des causes du mal et des affections concomitantes.

En cas d'emphysème, il faut d'abord chercher l'asthme. Or celui-ci n'est pas toujours facile à découvrir; il est souvent larvé; il se présente souvent sous la forme d'un bronchite sibilante, avec oppression assez vive qui dure dix à douze jours et dont la nature est ordinairement méconnue. Nous sommes convaincus aujourd'hui que les deux tiers au moins des emphysèmes généralisés relèvent de la névrose asthmatique.

D'autre part, l'emphysème est lui-même un obstacle au diagnostic des affections concomitantes; il masque souvent d'autres altérations; en particulier, la phtisie qui coexiste avec l'emphysème est souvent fort difficile à découvrir par les signes stéthoscopiques. Mais, en cas de doute, la recherche des bacilles dans les crachats permettra de reconnaître la tuberculose.

Traitement. — I. *Prophylaxie et hygiène.* — Le médecin doit d'abord chercher à prévenir le développement de l'emphysème chez les sujets prédisposés,

⁽¹⁾ HAASLER semble avoir démontré expérimentalement qu'il existe une *hypertrophie compensatrice des poumons* (Virchow's Archiv. Bd CXXVIII, Heft 5).

asthmiques ou bronchitiques. Dans l'asthme, atténuer autant que possible l'intensité des paroxysmes dyspnéiques par les moyens exposés plus haut, et empêcher le retour des paroxysmes en soumettant le patient à la cure iodurée longtemps continuée : telles sont les médications qui permettront de lutter contre le développement de l'emphysème. Dans la bronchite chronique, on atteindra le même but en usant de toutes les méthodes curatives énumérées plus haut et surtout en calmant la toux.

Les sujets prédisposés à l'emphysème et les emphysemateux doivent être soumis à une *hygiène* sévère dont Homolle trace ainsi les règles :

« Ils doivent porter des vêtements de laine et se tenir en garde contre toutes les variations brusques de la température. Ils doivent éviter de sortir par les grands froids, par les temps de brouillard, de pluie froide ou de bise. Le seul moyen, pour beaucoup d'entre eux, d'échapper aux bronchites interminables et aux causes d'aggravation de leur mal, sera de garder strictement la chambre, dès que la température s'abaissera au-dessous d'un certain degré, variable avec la susceptibilité de chacun, ou, s'il est possible, d'émigrer l'hiver dans un climat tempéré où l'atmosphère soit peu agitée et sans sécheresse ; dans ces lieux mêmes, ils auront à se prémunir contre les vicissitudes atmosphériques. En été, ils séjourneront avec avantage dans les forêts de pins. Les professions trop pénibles et les exercices du corps qui exigent de grands efforts seront abandonnés d'une façon définitive ou temporairement, à la suite des affections aiguës des voies respiratoires qui pourraient laisser persister après elles une prédisposition à l'emphysème. L'hygiène alimentaire même sera surveillée, la nourriture sera substantielle, mais en quantité modérée et de digestion facile ; les repas du soir seront peu copieux ; quelques préparations légèrement purgatives empêcheront la constipation habituelle. »

II. *Traitement palliatif ou curatif. Aérothérapie.* — L'anatomie pathologique nous apprend que la lésion de l'emphysème chronique est irréparable ; ce serait donc en vain qu'on rechercherait la guérison absolue de la maladie. Pourtant il existe une méthode qui donne parfois des améliorations telles que l'on peut les considérer comme des guérisons ; cette méthode, née en France et adoptée aujourd'hui en Allemagne, c'est l'aérothérapie⁽¹⁾.

Par cette méthode de traitement, on se propose de faire inspirer le malade dans l'air comprimé, ou de le faire expirer dans l'air raréfié, ou surtout, ce qui est l'idéal, de combiner les deux pratiques. La physiologie pathologique de l'emphysème permet de comprendre aisément dans quel but on cherche à réaliser ces deux points. Deux procédés ont été employés : 1° le bain d'air comprimé simple ; 2° la pneumothérapie.

Les premiers essais dans cette voie datent de Junod (1855), de Ch. Pravaz (1857) et de Tabarié (1858). Ces médecins plaçaient les malades dans un *bain d'air comprimé*, c'est-à-dire dans une grande cloche où l'air était refoulé et comprimé à l'aide d'une pompe, un manomètre différentiel faisant connaître au dehors la pression intérieure. Le bain d'air comprimé durait une heure ou une heure et demie avec un excès de pression de 50 centimètres de mercure. Après le bain, les inspirations augmentent d'ampleur, le nombre des respirations diminue, la durée de l'expiration est prolongée, la capacité pulmonaire est

(1) LABADIE-LAGRAVE, *Aérothérapie*; *Gazette hebdom.*, 1874. — Voyez aussi HOMOLLE, *loc. citato*; JACCOUD, *Clinique de la Pitié*, t. 1, p. 185; DUJARDIN-BEAUMETZ, *Dictionnaire de thérapeutique* : article AÉROTHÉRAPIE.

accrue, l'urée est excrétée en plus grande abondance. Après vingt séances, l'essoufflement a presque disparu et l'amélioration est très considérable.

Les heureux effets des bains d'air comprimé sont dus, d'après Biermer, à divers facteurs : l'air comprimé facilite l'inspiration ; par la pression qu'il exerce à l'extérieur sur le thorax, il facilite aussi l'expiration ; il facilite la circulation dans les veines bronchiques ; enfin il facilite l'absorption de l'oxygène et soulage ainsi la soif d'air qu'ont les emphysemateux.

Bien que des succès assez nombreux aient été rapportés par les partisans de la méthode, on reconnaît pourtant que le bain d'air comprimé échoue assez souvent. On a aussi objecté que, loin de favoriser l'expiration, il l'empêche dans une certaine mesure, et qu'il peut ainsi compromettre l'élasticité du poumon, déjà affaiblie.

La *pneumothérapie* proprement dite a été imaginée par Hanke, en 1870, pour obvier à ces inconvénients. Elle consiste à faire inspirer dans l'air comprimé et à faire expirer dans l'air raréfié. Mais l'appareil de Hanke était défectueux et l'on emploie aujourd'hui les appareils de Waldenburg, de Biedert et de M. Dupont, plus ou moins modifiés.

L'appareil de Waldenburg est transportable ; il se compose essentiellement de deux cylindres de métal, concentriques, hauts de 1 mètre ; le cylindre externe est ouvert en haut et contient de l'eau ; le cylindre interne est ouvert en bas et sert de récipient à l'air ; il porte à sa face supérieure deux ajutages dont l'un s'adapte à un manomètre, et dont l'autre est muni d'un tube de caoutchouc à l'extrémité duquel se trouve un masque ou un embout nasal. Le cylindre externe porte trois tiges de fer garnies de poulies à l'aide desquelles on peut élever le cylindre interne. Un robinet établit ou interrompt la communication entre le cylindre interne et l'air extérieur. L'air qui est contenu dans le cylindre interne peut être comprimé ou décomprimé suivant qu'on charge de poids soit

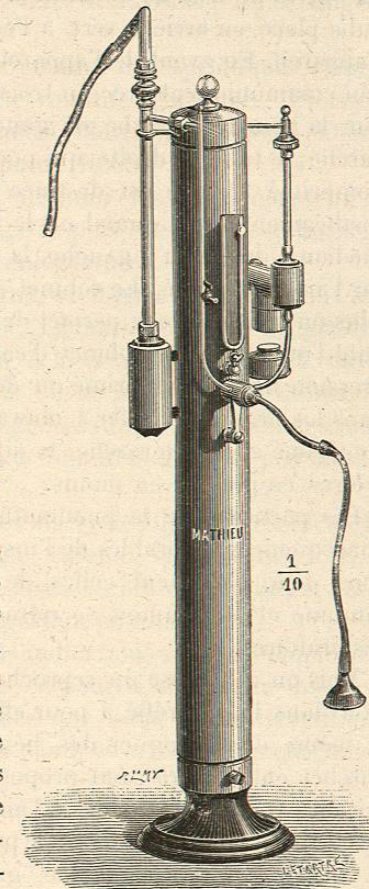


FIG. 5. — Appareil aérothérapique du D^r Maurice Dupont.

le couvercle, soit l'extrémité des cordes. On comprend comment, à l'aide de cet appareil, on peut à volonté faire inspirer le malade dans l'air comprimé ou le faire expirer dans l'air raréfié. Waldenburg conseille de faire inspirer pendant 5 à 10 minutes dans l'air comprimé, l'expiration se faisant à l'air libre ; puis, après un repos de 5 minutes, de faire expirer dans l'air raréfié. A la fin, il revient à quelques inspirations d'air comprimé. La séance dure de 20 à 50 minutes ; on peut en faire une ou deux par jour. La compression et la décompression de l'air doivent être progressives ; la compression est d'abord de 1/60 d'atmosphère et on l'élève jusqu'à 1/50 et 1/40 ; la raréfaction est d'abord de 1/80 d'atmosphère ; puis on la pousse jusqu'à 1/40 et 1/55.

L'appareil de Biedert est un sac de cuir semblable à un harmonica cylindrique, haut de 50 centimètres, large de 22 centimètres, fermé à ses deux extrémités par deux plaques de bois. Si l'on attache des poids sur la face inférieure, l'air se raréfie; si on les place sur la face supérieure, l'air est comprimé.

M. Maurice Dupont a imaginé un ingénieux appareil, dont nous donnons ici la figure et qui permet, *pour une même respiration*, de faire l'inspiration dans l'air comprimé, et l'expiration dans l'air raréfié. Cet appareil fonctionne au moyen d'une pression d'eau de 10 mètres environ. Il se compose d'un cylindre de cuivre de 1 m. 20 de hauteur. Un tube supérieur le relie à la prise d'eau; un tube placé en arrière sert à l'écoulement de l'eau qui ne fait que traverser l'appareil. En avant de l'appareil, on voit deux tubes réunis en fer à cheval et qui communiquent avec un troisième tube portant le masque destiné à être mis sur la bouche; le tube de gauche, qui porte un petit robinet, fournit l'air raréfié; le tube de droite, qui porte une petite étuve à lampe à alcool, fournit l'air comprimé (l'étuve est destinée à échauffer l'air ou à le charger de vapeurs médicamenteuses, quand on le désire). Par un simple déplacement du tube médian à droite ou à gauche, la bouche est en communication avec l'air raréfié ou l'air comprimé. Le robinet situé sur le tube de gauche, suivant qu'il est plus ou moins ouvert, permet de régulariser la pression de l'air raréfié; en modifiant l'ouverture du robinet d'eau, on augmente ou l'on diminue à volonté la pression de l'air comprimé ou de l'air raréfié. Le manomètre à mercure, situé dans les branches du fer à cheval, indique successivement la pression de l'air comprimé et de l'air raréfié; la différence de pression ne doit pas dépasser 5 centimètres en plus ou en moins.

Les partisans de la pneumothérapie ont exalté ses effets bienfaisants. Aux conséquences favorables de l'inspiration dans l'air comprimé que nous connaissons déjà, s'ajoutent celles de l'expiration dans l'air raréfié; l'air résiduel diminue et le poumon se rétracte mieux, comme le démontrent les courbes respiratoires.

Mais on a adressé un reproche aux appareils pneumo-thérapiques: l'expiration dans l'air raréfié a pour effet de congestionner la muqueuse bronchique et même de provoquer des hémoptysies. Aussi quelques auteurs, Lange et Pircher entre autres, ont proposé de revenir au bain d'air comprimé, mais en faisant expirer les malades à l'air libre. M. M. Dupont, peu partisan, lui aussi, des trop grandes différences de pression, se sert surtout du bain d'air comprimé, et il fait expirer le malade, grâce à un mécanisme particulier adapté à la cloche, dans un air moins comprimé que celui de l'inspiration, mais néanmoins à une tension supérieure à celle de l'air extérieur.

Gerhardt a proposé de venir en aide à l'expiration par la *compression du thorax*; les deux mains d'un assistant sont appliquées sur les parties inférieures et latérales du thorax, et compriment pendant l'expiration (une séance par jour de 5 à 10 minutes). A ce propos, Strümpell raconte qu'un de ses malades s'était fabriqué avec deux planchettes appliquées sur les parois latérales du thorax, et dont les deux bouts postérieurs étaient attachés et fixés avec une corde, un appareil très simple pour se comprimer lui-même le thorax; les planchettes étaient assez longues en avant; le malade ramenait les deux bouts antérieurs l'un vers l'autre au moment de l'expiration.

On peut aider les effets de l'aérothérapie par l'emploi des douches chaudes et des frictions sur le thorax, pratiques qui augmentent l'ampliation pulmonaire.

Les *contre-indications de l'aérothérapie* sont la sénilité, les cardiopathies, les congestions pulmonaires, la tendance aux hémoptysies, le soupçon de tuberculose; cependant, nous le dirons plus loin, le bain d'air comprimé peut être conseillé au début de certaines formes particulières de phtisie.

En dehors de l'aérothérapie, existe-t-il un traitement physiologique de l'emphysème? Les inhalations d'oxygène donnent de bons résultats en cas d'insuffisance de l'hématose, mais elles ne sont qu'un palliatif temporaire. M. A. Renaut a préconisé les lavements d'acide carbonique par la méthode de Bergeon (de Lyon); cette pratique aurait pour effet de favoriser les échanges gazeux au niveau du poumon ⁽¹⁾.

Quant aux médicaments internes considérés comme des spécifiques, leurs effets sont très incertains. Nous citerons: les vomitifs (Laënnec, Piorry), l'opium (Louis et Prus), la noix vomique (Stokes, Martin), la lobélie enflée, l'arséniate d'antimoine associé ou non à la morphine (Koch).

III. *Traitement symptomatique.* — C'est à atténuer les symptômes ou à traiter les complications que le médecin est obligé le plus souvent de se borner. Mais, même dans ce champ limité, son rôle est considérable.

Contre la bronchite et la toux qui l'accompagne, on mettra en œuvre tous les moyens indiqués plus haut. Contre la dyspnée, Laënnec conseille la poudre fraîchement préparée de belladone ou de datura, à la dose de 0,02 à 0,05 centigrammes. On pourra aussi se servir de l'opium ou de la morphine. Contre la dyspepsie flatulente, cause fréquente de crise pseudo-asthmatique, nous recommandons l'usage interne de la teinture d'iode (5 à 6 gouttes dans un peu de vin à chacun des deux principaux repas).

Contre la dilatation du cœur droit et les stases viscérales qui en découlent, le repos et l'usage des toniques du cœur (digitale, caféine, strophanthus, etc...) seront ordonnés. La révulsion thoracique (ventouses sèches ou scarifiées, vésicatoires) rend de grands services en cas de congestion pulmonaire.

Si le médecin, dit Homolle, sait répondre à des indications souvent complexes, et varier sa thérapeutique suivant les besoins, il pourra, dans bien des cas, rendre tolérable, et presque facile, une existence qui, sans son intervention, serait entravée ou tourmentée par des accidents pénibles et souvent menaçants.

CHAPITRE II

ATÉLECTASIE PULMONAIRE

On donne le nom d'*atélectasie*, de *collapsus pulmonaire*, d'*état fœtal des poumons*, d'*aplasie pulmonaire*, de *carnification* (bien distincte de la carnisation de la broncho-pneumonie subaiguë ou chronique), à l'état du poumon qui résulte de la disparition de l'air dans les alvéoles. La plupart des états atélectasiques ont été décrits en diverses parties de ce *Traité*; on trouvera ailleurs, en particulier aux articles *Bronchite capillaire* et *Broncho-pneumonie*, la description des

⁽¹⁾ Soc. méd. des hôpit., 1887, 28 janvier.