

incompatible avec les lois bien connues de la pression atmosphérique.

Quant à l'objection que Williams formule dans son deuxième paragraphe, je ne puis l'accepter; s'il avait lu mon observation avec une attention suffisante, il aurait vu que je n'ai pas fondé mon diagnostic uniquement « sur cette sonorité exagérée » qu'il lui plaît d'attribuer à « un son trachéal ou amphorique produit par la solidification du lobe inférieur du poumon ». Outre les signes ordinaires d'un épanchement gazeux dans la cavité pleurale, nous avons ici un déplacement complet du cœur; jusqu'au moment où le docteur Williams pourra me citer un fait dans lequel la solidification du lobe supérieur du poumon avec son trachéal ou amphorique a amené le refoulement du cœur et tous les autres phénomènes que j'ai observés chez mon malade, je persisterai dans mon interprétation (1).

(1) Il ne m'appartient point, je le sais, de discuter les observations de Graves, mais je ne puis laisser passer sans commentaires le fait précédent, puisque l'auteur le donne comme une preuve irréfutable de l'aptitude de la plèvre enflammée à sécréter des gaz en l'absence de tout épanchement liquide. Or, je dois le dire, malgré la vivacité avec laquelle le médecin de Dublin défend son opinion, je ne crois pas qu'elle soit fondée; plusieurs points, en effet, veulent être examinés ici.

Lorsque je relis l'observation qui précède, en adoptant momentanément l'interprétation de Graves, je me heurte tout d'abord contre une impossibilité qui m'oblige à revenir en arrière: « L'auscultation et la percussion, dit l'auteur, démontreraient qu'une portion considérable du lobe inférieur du poumon gauche était sur la limite de l'hépatation; on percevait en effet à ce niveau de la *matité*, de la respiration bronchique, du râle crépitant très-obscur et de la bronchophonie. » Comment concilier cette *matité* à la base de la poitrine avec la présence de gaz dans la cavité pleurale? S'il s'agissait d'un hydropneumothorax, la chose serait admissible; mais Graves a bien soin de nous dire qu'il y avait une pneumonie, et que « cette inflammation du lobe inférieur n'était compliquée d'aucun épanchement liquide ». En l'absence de ce dernier, il est impossible de concevoir l'existence simultanée de la *matité* et de l'exhalation gazeuse. On ne m'objectera point, je pense, que les gaz n'étaient sécrétés que par la partie antérieure de la plèvre, et qu'ils restaient localisés au niveau de la région précordiale, sans se répandre dans le reste de la cavité pleurale. Certes, un tel raisonnement ne pourrait être pris au sérieux.

Ces considérations me paraissent renverser complètement l'argumentation de l'auteur; elles sont si puissantes à mes yeux, que je n'hésiterais pas à nier absolument l'existence d'un pneumothorax dans le fait actuel, quand bien même je me trouverais ainsi dans l'impossibilité de me rendre compte des autres particularités de l'observation. Mais heureusement il n'en est rien. Quels sont en effet les deux points sur lesquels Graves insiste le plus? C'est le déplacement du cœur, et l'existence d'une sonorité exagérée au niveau de la région précordiale. Quant au premier phénomène, je crois pouvoir l'attribuer à l'augmentation de volume du lobe inférieur du poumon, sous l'influence de la fluxion inflammatoire dont il était le siège. Si l'on songe à la turgescence

Le cas suivant justifie encore l'opinion que j'ai émise; il démontre l'existence du *pneumothorax simple*.

Le rév. M... est âgé de quarante ans; il a la poitrine large et bien développée; il est d'une constitution robuste. Après s'être exposé au froid, il fut pris de toux et de douleur dans le côté droit; bientôt il rendit des crachats sanguinolents; en un mot, il fut atteint d'une pneumonie très-intense, qui, après avoir envahi d'abord le lobe inférieur

et à la densité considérables que présente le parenchyme pulmonaire enflammé; si l'on se rappelle que, dans certains cas, l'organe se trouve pour ainsi dire à l'étroit dans la cavité thoracique, et qu'on retrouve à sa surface l'empreinte des côtes contre lesquelles il a été refoulé (P. Frank, Pinel, Bricheteau, Sestier), on n'hésitera pas, ce me semble, à accepter cette manière de voir.

Pour ce qui est de la sonorité exagérée dans la région antéro-inférieure du thorax à gauche, il n'y a aucune difficulté à s'en rendre compte; c'est tout simplement un de ces sons tympaniques (*sons creux* de Walshe) dont le bruit skodique sous-claviculaire est le type bien connu. Williams, dont l'auteur réfute si vivement les objections, a signalé le premier l'existence d'un son tympanique dans certains cas de pleurésie et de pneumonie; mais l'explication qu'il en a donnée n'est point admissible comme interprétation générale: selon lui, en effet, ce son tympanique n'est autre chose que le son bronchique transmis directement par les vésicules pulmonaires condensées autour des grosses bronches, et la condensation du lobe supérieur du poumon est la condition indispensable de la production de ce bruit. Il ajoute même que si l'on n'observe pas plus souvent ce phénomène, c'est parce que la compression ou l'induration du *sommet du poumon* est rarement assez considérable pour y donner lieu.

On conçoit facilement qu'avec une telle explication il n'ait pu rendre compte de la sonorité exagérée observée dans le cas actuel, puisqu'ici l'induration portait sur le lobe inférieur de l'organe. Mais Skoda a soumis cette question à une étude approfondie, et il a déduit de l'expérimentation directe et de l'observation clinique une théorie qui est à peu près universellement admise aujourd'hui, et qui s'applique admirablement aux faits analogues à celui dont je m'occupe en ce moment.

Voici le principe général formulé par le professeur de Vienne. Lorsque les poumons sont en partie privés d'air, ils donnent à la percussion un son tympanique, quelle que soit d'ailleurs la cause qui diminue la masse d'air qu'ils contiennent; le son non tympanique se manifeste dans des conditions inverses, c'est-à-dire lorsque le poumon est dilaté par une grande quantité d'air. Quand le poumon comprimé est revenu sur lui-même, mais contient encore de l'air, le son est constamment tympanique; de là la production de ce bruit lorsque la portion inférieure est complètement comprimée par un épanchement pleurétique, et que la partie supérieure est réduite de volume. Les choses étant ainsi, on conçoit que l'induration phlegmasique du poumon puisse avoir le même résultat que l'épanchement; la portion enflammée n'est point réduite de volume, au contraire, mais elle est en partie privée d'air, et les conditions nécessaires à la production du son tympanique sont réalisées. Déjà Skoda avait signalé l'existence de ce phénomène dans quelques cas de pneumonie, et Markham, dans un mémoire plus récent, y a insisté de nouveau. Ainsi se trouvent expliqués les faits de Hudson, de Stokes et de

du poumon droit, se propagea rapidement de bas en haut, de sorte que l'organe tout entier fut bientôt compromis. Au début, le lobe inférieur, gorgé de sang, était complètement imperméable à l'air : aussi toute la partie correspondante du thorax était mate à la percussion; la partie supérieure de ce même côté était aussi sonore que le côté sain (gauche). Tel était l'état des choses au troisième jour de la maladie.

Le matin du quatrième jour, une modification remarquable avait eu

Graves. Bien plus, l'observation de ce dernier est une excellente démonstration de la théorie de Skoda. En effet, pour que le son tympanique se produise dans la pneumonie, il faut que le poumon soit *en partie* privé d'air; si l'hépatisation est faite, si l'organe ne renferme plus d'air, la percussion donne évidemment un son mat. Or, que nous dit Graves? « L'auscultation et la percussion démontraient qu'une portion considérable du lobe inférieur du poumon gauche était *sur la limite de l'hépatisation*. » Ce qui revient à dire que, dans certains points, la lésion n'avait pas dépassé la période congestive; la suite le prouve : on percevait avec le souffle et la bronchophonie un *râle crépitant très-obscur*; toutes les conditions étaient donc remplies pour la production du son tympanique : aussi était-il obtenu en avant, c'est-à-dire dans les points où le parenchyme encore perméable était cependant en partie privé d'air.

Quant à ce fait que le cœur revint à sa situation normale, plusieurs jours avant que la résolution fût *complète*, il n'y a rien là qui doive nous étonner, si nous songeons que le maximum de volume du poumon correspond à l'hépatisation parfaite, et non point à la période de résolution.

Telle est, ce me semble, la véritable interprétation de cette observation remarquable et des particularités qu'elle présente; toutes les considérations qui précèdent sont également applicables au second fait rapporté par l'auteur.

Puisque j'ai été amené à parler du son tympanique que l'on perçoit dans certains cas de pleurésie et de pneumonie, il ne sera pas hors de propos, je pense, de signaler ici quelques particularités qui se rattachent à ce sujet, et qui ont directement trait au diagnostic du pneumothorax.

Si je tiens compte des faits nouveaux dont nous devons la connaissance aux travaux de Williams, de Skoda, de Markham, etc., je vois qu'on peut diviser en deux grandes classes les lésions qui se révèlent à la percussion par un son tympanique : tantôt ce sont des excavations pulmonaires ou bronchiques qui communiquent largement avec les grosses bronches, tantôt ce sont des modifications toutes spéciales du parenchyme ou de la cavité pleurale : le tissu ou l'espace générateur du son ne présente alors aucune communication anormale avec les grands canaux bronchiques. Au premier groupe de lésions appartiennent les cavités de la broncheectasie sacciforme, les cavernes tuberculeuses, les excavations des abcès péricapitulaires, etc. Dans le second groupe nous trouvons la pleurésie, la pneumonie (au début), l'emphysème et le pneumothorax. On pourrait croire au premier abord que l'épanchement d'air dans la plèvre, reconnaissant pour cause, dans la grande majorité des cas, une perforation pleuro-pulmonaire, doit être rangé parmi les altérations morbides de la première classe; il n'en est rien : la cavité pleurale ne communique avec les voies de l'air que par une fistule étroite et sinieuse; et d'ailleurs cette communication persiste rarement pendant quelque temps.

lieu : la matité du lobe inférieur, en avant, était toujours la même; et en vérité elle n'aurait pu augmenter; mais un peu plus haut, depuis la région mammaire droite jusqu'à la clavicule, la sonorité, qui était normale le jour précédent, était exagérée; le son obtenu par la percussion était profond et creux. Ce phénomène nous frappa d'autant plus, sir Henry Marsh et moi, que, douze heures auparavant, nous n'avions rien constaté de semblable. D'une autre part, on n'entendait pas à ce

Skoda insiste à plusieurs reprises sur ce fait : « Il arrive très-rarement, dans le cas de pneumothorax, que la communication reste libre entre la plèvre et les bronches. » Et ailleurs : « Je n'ai jamais vu un pneumothorax récent dans lequel la communication ait été persistante; mais, au contraire, j'ai constamment trouvé la perforation fermée en partie par la compression du poumon, en partie par l'épanchement. »

Les choses étant ainsi, il était intéressant de rechercher si le son tympanique produit par les lésions du premier ordre pouvait être distingué du bruit de même nature que fournit la percussion dans la pleurésie, la pneumonie et le pneumothorax. Or le son tympanique d'un espace résonnant pourvu d'un orifice; libre est modifié dans sa hauteur, lorsqu'on fait varier les dimensions de cet orifice lorsque celui-ci est largement ouvert, la tonalité du son s'élève; elle s'abaisse dans le cas contraire et acquiert son maximum de gravité lorsque l'ouverture est fermée. Wintrich a tiré de ce principe de physique un moyen de diagnostic : il a montré que le son tympanique des cavités qui communiquent avec les grosses bronches est modifié dans sa hauteur suivant que la bouche du malade est ouverte ou fermée; mais cette modification n'a lieu que si l'espace résonnant communique largement avec l'orifice libre des voies aériennes (bouche, fosses nasales); par conséquent, lorsque l'ouverture et l'occlusion de la bouche ne déterminent aucun changement dans la tonalité du son, on doit rapporter le bruit tympanique à l'une des lésions du second groupe que j'ai établi : pleurésie, pneumonie, emphysème ou pneumothorax.

Un peu plus tard, Friedreich a vérifié les assertions de Wintrich, et il y a ajouté cette donnée importante : « Lorsque le son tympanique est modifié par l'ouverture et par l'occlusion de la bouche, il l'est également dans les respirations profondes; alors en effet l'agrandissement de la glotte pendant l'inspiration fait monter la hauteur du son, tandis que le rétrécissement de l'orifice glottique au moment de l'expiration détermine un abaissement remarquable dans la tonalité (*indem die grössere Weite der Stimmritze bei der Inspiration ein Höherwerden, hingegen das Engerwerden derselben bei der Expiration ein Tieferwerden des Schalles in merklicher Weise bedingt*).

Tels sont les divers caractères qui permettent de distinguer les deux espèces de son tympanique. Le professeur Seitz (de Giessen), dans son récent ouvrage sur l'auscultation et la percussion, a établi sur les mêmes considérations le diagnostic différentiel de ces deux variétés de son. Lorsque le premier ordre de causes est une fois éliminé, il devient facile de compléter le diagnostic. Le son tympanique de la pneumonie n'a qu'une durée tout à fait éphémère : à côté des points qui donnent une résonnance exagérée, on en trouve souvent d'autres au niveau desquels la sonorité est déjà diminuée; avec l'hépatisation apparaît l'obscurité du son, puis la matité. — Dans la pleurésie, le bruit skodique a pour siège presque exclusif la région sous-claviculaire; il coïncide ordinairement

niveau le bruit respiratoire; nous fûmes donc amenés à conclure que le poumon avait été refoulé en arrière par de l'air épanché dans la cavité de la plèvre.

Comme le poumon droit était seul compromis, nous avons un excellent point de comparaison dans l'examen du côté gauche de la poitrine: ici la sonorité était naturelle; le son obtenu par la percussion était beaucoup moins clair qu'au niveau du lobe supérieur du poumon droit;

rement avec une matité complète du haut en bas dans la région thoracique postérieure. Ces signes distinctifs sont d'une grande importance; ils permettent à eux seuls, et indépendamment de tous les autres phénomènes morbides, d'arriver par exclusion à l'idée d'un pneumothorax. Du moment, en effet, qu'il est établi, dans un cas donné, que le son tympanique n'appartient ni à une cavité broncho-pulmonaire, ni à une pleurésie, ni à une pneumonie, il n'y a plus à hésiter qu'entre l'emphysème et l'épanchement d'air dans la plèvre: c'est dire que le diagnostic est achevé.

Je crois pouvoir conclure de cet exposé que ces faits nouveaux n'enlèvent rien de sa valeur au son tympanique comme signe de pneumothorax.

La même conclusion me paraît applicable aux phénomènes amphoriques. Lorsque les faits rapportés par MM. Rilliet et Barthez, Béhier, Beauvais, Landouzy, eurent fait connaître l'existence d'un souffle caverneux dans certaines pleurésies; lorsque Friedreich eut montré que la respiration amphorique peut être entendue dans la pneumonie, quand bien même l'autopsie révèle ensuite l'absence de toute excavation bronchique ou pulmonaire, alors on put croire que les phénomènes amphoriques perdaient peut-être un peu de leur importance, en tant que signes de l'épanchement d'air dans la plèvre. Cette crainte était assurément exagérée; car, sans parler des renseignements importants fournis par l'ensemble des autres symptômes, le souffle amphorique de la pleurésie et de la pneumonie présente certains caractères qui ne permettent pas la confusion. Voici le résumé de ces signes; je l'emprunte à Biermer, qui a étudié avec le plus grand soin ce point de diagnostic. Le souffle amphorique produit par l'infiltration (pneumonie) ou par la compression (pleurésie) du parenchyme est très-rare. — Il présente son maximum de netteté au niveau de la racine et du sommet du poumon. — Il n'est point aussi éclatant, aussi pur que le souffle du pneumothorax. — Il diminue, parfois même il disparaît, lorsque le malade respire très-doucement.

En résumé, quoiqu'il ne soit plus permis aujourd'hui de regarder le son tympanique et le souffle amphorique comme des signes pathognomoniques d'excavations broncho-pulmonaires ou de pneumothorax, le diagnostic de ce dernier n'en est pas devenu beaucoup plus difficile; les caractères que je viens d'indiquer sont d'une grande valeur, et d'ailleurs un diagnostic médical ne sera jamais exclusivement fondé sur la considération d'un signe stéthoscopique. Peut-être même me suis-je arrêté trop longtemps sur cette question, mais j'ai cru devoir consigner ici ces détails qui sont restés inconnus parmi nous.

On sait que M. Trousseau a fait connaître un nouveau signe physique qu'il regarde comme pathognomonique du pneumothorax: ce signe, c'est le *bruit d'airain*, bruit métallique aigu et vibrant que l'on perçoit lorsqu'on ausculte la région postérieure de la poitrine, tandis qu'une autre personne en percute la paroi antérieure, soit au moyen

de plus, la respiration présentait partout, à gauche, le caractère puéril. Nous avons donc évidemment sous les yeux un pneumothorax occupant une portion considérable de la cavité pleurale. Mais quelle était la source des gaz? voilà ce qui n'était pas aussi clair. Je citai à sir Henry Marsh le fait que je vous ai rapporté tout à l'heure; et, après un examen minutieux, il tomba d'accord avec moi, pour assigner au pneumothorax la même origine, à savoir, la sécrétion de gaz par la plèvre.

Notre malade avait une poitrine d'un développement remarquable; il était d'une constitution très-solide, et jusqu'alors il avait constamment joui d'une bonne santé. Dans de telles conditions, la préexistence de tubercules était fort improbable, la présence d'un abcès tuberculeux

du plessimètre et du marteau, soit avec des pièces de monnaie, soit à l'aide d'une pièce de monnaie et du doigt.

Williams, *Lectures on the physiology and diseases of the chest*. London, 1840.

Walshe, *Diseases of the lungs*. London, 1860.

Stokes, *Diseases of the chest*. Dublin, 1837.

Hudson, *Dublin Journal*, VII (cit. empruntée à Markham).

Markham, *On thoracic resonance* (*Monthly Journal of medic. science*, 1853).

Skoda, *Traité de percussion et d'auscultation*, traduction d'Aran. Paris, 1854. (Une nouvelle édition allemande a paru à Vienne la même année.)

Wintrich, *Krankheiten der Respirationsorgane*, in *Virchow's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*. Erlangen, 1854-1859.

Friedreich, *Ueber die diagnostische Bedeutung der objectiven Höhlensymptome* (*Würzburger Verhandlung der physik. med. Gesellschaft*, 1857).

Seitz, *Die Auscultation und Percussion der Respirationsorgane*. Erlangen, 1860.

Rilliet et Barthez, *Arch. gén. de méd.*, 1853, et *Traité des maladies des enfants*, 2^e édit. Paris, 1853-1861.

Béhier, *Note sur un souffle amphorique observé dans deux cas de pleurésie purulente simple du côté droit* (*Arch. gén. de méd.*, 1854).

Beauvais, *Pleurésie chronique avec épanchement, ayant présenté les signes stéthoscopiques d'une caverne tuberculeuse* (*Gaz. des hôp.*, 1855).

Landouzy, *Nouvelles données sur le diagnostic de la pleurésie* (*Arch. gén. de méd.*, 1856).

Biermer, *Zur Heilungsgeschichte und Diagnose des Pneumothorax* (*Würzburger medicinische Zeitschrift*, 1860).

Trousseau, *Pneumothorax: nouveau signe physique pathognomonique de cette affection* (*Gaz. des hôp.*, 1857).

Comparez:

Notta, *Note sur le développement d'un son clair, comme métallique (hydro-aérique) dans le cours des épanchements pleurétiques* (*Arch. gén. de méd.*, 1850).

Roger (H.), *Recherches cliniques sur quelques nouveaux signes fournis par la percussion et sur le son tympanique dans les épanchements liquides de la plèvre* (*Arch. gén. de méd.*, 1852).

(Note du T.R.D.)

était presque impossible ; il fallait donc rejeter l'hypothèse d'une fistule pleuro-bronchique, et, comme je vous l'ai dit, nous nous arrêtons à l'idée que ce pneumothorax était le résultat d'une sécrétion subite de gaz. La justesse de cette interprétation a été démontrée au delà de toute évidence, soit par la marche ultérieure de l'affection, soit par la guérison rapide et complète du malade ; je n'ai pas besoin sans doute de vous rappeler que, dans le pneumothorax par fistule pleurale, la guérison, si tant est qu'elle soit possible, est un fait exceptionnel, et qu'elle se fait toujours longtemps attendre (1).

A notre visite suivante, seize heures plus tard environ, toute la région qui nous avait présenté une sonorité exagérée, nous donnait une matité absolue ; on y entendait un murmure respiratoire obscur et quelques râles. Ces râles étaient évidemment tout près de l'oreille, si je

(1) M. Saussier a réuni dans sa thèse seize cas de guérison : douze se rapportent à des pneumothorax survenus dans le cours d'une pleurésie chronique simple ; dans deux autres faits, l'épanchement d'air a eu pour cause une plaie de poitrine et une rupture du poumon ; enfin, dans un cas il s'agissait d'une phthisie douteuse, et chez le dernier malade la cause est restée indéterminée. M. Woillez a réuni sept observations (deux lui appartiennent) qui établissent la possibilité de la guérison spontanée du pneumothorax, alors même qu'il est d'origine tuberculeuse. Les faits de Legendre, de Ferrari, de M'Dowel, de Ricker, de Ranking, dont j'ai parlé précédemment, sont encore autant d'exemples de guérison. L'observation XI du mémoire de Günsburg n'est pas moins probante. Enfin Biermer, dans son travail, a rapporté une observation très-remarquable dont j'ai fait connaître plus haut quelques détails ; et comme il avait précisément pour but de démontrer que la guérison du pneumothorax n'est point aussi rare qu'on le croit généralement, il a eu soin de rappeler la plupart des exemples observés jusqu'ici. En voilà assez, ce me semble, pour montrer que l'opinion de Graves est empreinte de quelque exagération, et qu'elle a été inspirée par le besoin de la cause. Le pneumothorax n'est point fatalement incurable ; le pronostic varie selon la nature de la cause et selon la quantité d'air épanché ; il faut surtout prendre en considération la présence ou l'absence d'un épanchement liquide, et les altérations antérieures ou consécutives de la membrane séreuse. Ces dernières conditions, qui sont peut-être les plus importantes, nous font comprendre l'innocuité relative du pneumothorax traumatique, et de celui qui succède à la rupture de quelques lobules emphysémateux.

Saussier, *Recherches sur le pneumothorax*, thèse. Paris, 1841.

Woillez, *Mémoire sur la guérison spontanée des perforations pulmonaires d'origine tuberculeuse* (*Arch. gén. de méd.*, 1853).

Legendre, M'Dowell, Ferrari, Ricker, Ranking (voy. la note de la page 109).

Günsburg, *Ueber Pneumothorax* (*Dessen Zeitschrift für klinische Medizin*, 1852) (citation empruntée à Biermer).

Biermer, *loc. cit.*

Comparez :

Brünniche, *Ueber Pneumothorax* (*Schmidt's Jahrbücher*, 1858). (Note du TRAD.)

puis ainsi dire ; ils nous démontraient que l'air si soudainement épanché avait été absorbé avec une égale rapidité, et qu'il était remplacé par le poumon congestionné et enflammé. Sous l'influence d'un traitement convenable, la matité commença à diminuer au bout de quatre ou cinq jours ; un peu plus tard elle avait entièrement disparu ; en même temps, le bruit respiratoire devenait plus net et plus marqué ; bientôt notre malade fut parfaitement guéri. Je me félicite grandement de ce que ce fait a été suivi par un médecin aussi expérimenté que sir Henry Marsh, car nul assurément ne peut mettre en doute l'exactitude de ses observations. Cet exemple me paraît être une réponse péremptoire aux objections de Williams ; joint à celui que j'ai observé avec le docteur Dwyer, joint au témoignage de Laennec, de Frank et de plusieurs autres auteurs, il ne laisse aucun doute sur la réalité du pneumothorax par sécrétion gazeuse (1).

Puisque je vous ai parlé de la sécrétion de gaz dans la plèvre, permettez-moi de consacrer la fin de notre conférence aux autres espèces de pneumatoses. Je vous parlerai d'abord de la pneumatose abdominale : il y en a deux variétés, selon que l'accumulation de gaz se fait

(1) J'ai vainement relu, avec la plus grande attention et à plusieurs reprises, le traité de J. P. Frank sur *les rétentions aériennes*, je n'ai pu découvrir aucune indication de la sécrétion gazeuse de la plèvre. Voici le seul passage qui pourrait s'y rapporter ; on verra qu'il y a loin de là à un *témoignage* de quelque valeur : « Dans ces différents cas, l'emphysème (par sécrétion morbide) distend le ventre, les intestins, l'abdomen, l'utérus.... Comme il n'est pas d'organe qui ne puisse en devenir le siège, qu'il peut en occuper plusieurs en même temps ; comme il se complique parfois avec une autre maladie, surtout avec l'hydropisie, son nom doit varier selon le lieu où il se développe : en effet, on l'observe dans la cavité du crâne, dans la dure-mère, la pie-mère, les plexus choroïdes ; dans l'œil, l'œsophage atteint d'une blessure ; dans le thorax, la plèvre, le médiastin, le poumon, le péricarde, le cœur, les vaisseaux sanguins et lymphatiques ; dans l'épiploon, le mésentère, la vésicule du fiel ; dans le scrotum, etc. Nous examinerons séparément ces variétés, selon leur degré d'importance dans le diagnostic de la maladie. » Voilà à quoi se borne le témoignage de Frank. A la suite de cette énumération des diverses variétés d'emphysème, il décrit l'emphysème traumatique, l'emphysème spontané fébrile, les tumeurs emphysémateuses, l'emphysème vésiculaire et enkysté, l'emphysème de l'œsophage, de l'estomac, de l'épiploon, des intestins ; il étudie ensuite les flatuosités, la colique flatulente, le choléra sec, la tympanique intestinale et péritonéale, l'hydropneumatose, enfin l'œdœopsophie, la physométrie, et l'emphysème ulcéreux, et c'est tout ; il ne dit pas un mot de l'emphysème spontané de la plèvre.

J. P. Frank, *Traité de médecine pratique*, traduction de Goudareau, t. II, p. 10. Paris, 1842. (Note du TRAD.)

dans le tube digestif, ou dans la cavité péritonéale. Les observations de Frank sur ce sujet sont extrêmement intéressantes ; mais elles ne nous enseignent pas les moyens de distinguer nettement ces deux variétés l'une de l'autre. Dans certains cas, il est vrai, elles coexistent, et alors il n'y a plus lieu de songer au diagnostic ; en général, cependant, la pneumatose péritonéale ou tympanite peut être diagnostiquée avec une certaine précision, *surtout lorsqu'elle est chronique*. Dans cette affection, la santé générale est intacte, l'appétit est conservé, les fonctions intestinales sont régulières, le malade n'éprouve ni flatulence, ni borborygmes, ni coliques. Dans la tympanite péritonéale, l'abdomen est plus proéminent, plus globuleux que dans la pneumatose intestinale ; il présente à peu près la même forme qu'à une époque déjà avancée de la grossesse. Souvent c'est là le seul phénomène dont se plaignent les malades, qui sont la plupart du temps de jeunes femmes non mariées.

Pour compléter ce diagnostic, je vous dirai que, dans la tympanite péritonéale, le changement de position déplace invariablement le maximum de sonorité, qui occupe toujours le point culminant du ventre. Ce phénomène peut, à la rigueur, être également observé dans la pneumatose intestinale, mais il n'y est jamais aussi prononcé que dans la première variété. Chez Mary Callaghan, jeune fille de quinze ans, qui est entrée à l'hôpital de Sir Patrick Dun, au mois d'avril 1833, la santé générale n'était point troublée ; l'appétit était bon, la langue nette ; il n'y avait ni flatulence ni borborygmes ; les selles étaient régulières. Toutes ces circonstances étaient inconciliables avec l'existence d'une tympanite intestinale : le ventre était globuleux ; il mesurait trente et un pouces (78 centimètres) au niveau de l'ombilic : eu égard à l'âge et à la taille de la malade, c'était une augmentation de volume considérable. Lorsque la jeune fille était couchée sur le dos, la région antérieure et antéro-latérale donnait un son clair, les parties postéro-latérales étaient mates ; lorsque le décubitus était latéral, l'autre côté du ventre devenait sonore. Cette pneumatose péritonéale, *qui avait débuté l'année précédente, avait atteint graduellement son volume actuel*. La respiration n'était point troublée : il n'y avait pas d'œdème des membres, et le gonflement du ventre n'était modifié ni par l'ingestion de certains aliments, ni par quelque autre cause accidentelle.

J'ai rencontré plusieurs cas analogues, dans lesquels il n'existait aucun dérangement dans la menstruation ; mais la ressemblance que présente alors le ventre avec l'état de grossesse tourmentait beaucoup les malades. Je dois avouer que tous les remèdes que j'ai mis en usage

ont échoué le plus souvent ; et cependant j'avais grand soin de prescrire les liniments stimulants et carminatifs, les bandages compressifs, etc., etc. J'ai administré la térébenthine, soit par la bouche, soit en lavements ; j'ai donné le fer, le quinquina, l'iode, les diurétiques ; j'ai prescrit les purgatifs drastiques, les douches d'eau salée tiède, et je n'ai obtenu aucun résultat satisfaisant : l'affection déjouait tous mes efforts, et persistait pendant des mois entiers. C'est dans le but de provoquer d'autres recherches sur ce sujet, que je vous ai présenté ces observations. Quoique cette affection ne détermine le plus souvent aucune douleur abdominale, quoiqu'elle ne trouble en rien la santé générale, cependant les malades et leurs parents attendent avec anxiété la guérison, et éprouvent une impatience bien naturelle, quand ils voient les traitements les plus divers être impuissants à réduire le gonflement du ventre.

Lorsque la tympanite péritonéale se développe subitement dans l'espace de quelques heures ou de quelques jours, le pronostic est beaucoup plus favorable, car l'affection est beaucoup moins opiniâtre ; elle disparaît ordinairement aussi vite qu'elle est venue. Cette variété *aiguë* ne se rencontre pas seulement chez les femmes non mariées : on l'observe très-souvent chez les nouvelles accouchées, peu de temps après la délivrance. La tympanite péritonéale chronique est fréquente dans les établissements de charité qui sont consacrés à l'éducation des jeunes filles ; souvent alors elle paraît être sous la dépendance de la scrofule, que développent le défaut d'exercice et une nourriture exclusivement végétale.

La pneumatose aiguë du péritoine peut être le résultat de la péritonite ; elle est compliquée alors de tympanite intestinale, et il n'est pas rare de voir celle-ci disparaître avec les phénomènes inflammatoires, tandis que la tympanite péritonéale persiste longtemps encore, sans produire toutefois d'autre incommodité qu'une certaine distension du ventre. Dans les cas de ce genre, les vésicatoires et les frictions mercurielles peuvent rendre quelques services.

Dans cet aperçu rapide, je n'insiste point sur cette forme bien connue de tympanite intestinale que nous rencontrons tous les jours chez les femmes hystériques ; elle donne lieu à un gonflement du ventre, qui est parfois limité à une portion du canal digestif, mais qui souvent aussi en occupe toute l'étendue : cette pneumatose est aussi remarquable par la soudaineté de sa disparition que par la multiplicité des symptômes hystériques qui l'accompagnent.