les accès, que de s'appliquer à les prévenir, à les rendre plus rares, et, si faire se peut, à déraciner entièrement l'habitude pathologique qui les reproduit. Comment donc atteindre ce but? C'est par l'observance assidue d'un régime convenable, en tout ce qui concerne le manger et le boire (79. D. α. et ε.); c'est, au besoin, par l'emploi de diverses médications en rapport avec les dispositions générales de chlorose, d'hypocondrie, d'hystérie, sous la dépendance desquelles la pneumatose gastro-intestinale existe si communément. Mais, encore une fois, un bon régime de nourriture, voilà ce qu'il faut avant tout. Proscrire les aliments flatueux, et tous ceux qui, sans être tels pour la généralité des hommes, se montrent malheureusement doués de la même propriété par rapport à l'idiosyncrasie de l'individu donné. C'est là en dire assez pour faire voir que le régime qui doit être imposé à chacun de nos cliens tourmentés de flatuosités ne peut s'instituer d'emblée, *à priori* et avant les tâtonnemens nécessaires pour la connaissance complète de toutes les idiosyncrasies digestives de l'individu. Après cela, ai-je encore besoin d'ajouter que les carminatifs (182. G. θ.), médicamens généralement utiles pour l'expulsion des flatuosités une fois produites, ne doivent intervenir dans le traitement de certaines personnes qu'avec beaucoup de réserve? Combien de fois leur abus n'a-t-il pas accru, selon le témoignage de maints et maints praticiens, la disposition même de l'économie à la production des flatuosités! Ne serait-ce pas que la vertu légèrement irritante par laquelle ils excitent la contractilité du tube digestif peut très bien créer ou exaspérer un état particulier d'irritation dans lequel la membrane muqueuse deviendrait le siége d'une supersécrétion gazeuse? Quoi qu'il en soit, en définitive, il faut, par exemple, à tel homme, pour digérer sans flatuosités, une diète stimulante, aromatique, épicée; à tel autre, une diète toute contraire.

C. Dans les accès très douloureux de pneumatose gastro-intestinale, qui peuvent survenir en dehors de la digestion, notamment chez les hypocondriaques et les hystériques, l'emploi d'une préparation opiacée, et surtout du laudanum, a bien des fois réussi à calmer avec une promptitude merveilleuse l'état des malades.

D. Y a-t-il, dans l'espèce humaine, des cas où l'ammoniaque agirait comme remède souverain, spécifique et vraiment nosocratique (132. B.), de la pneumatose gastro-intestinale, en s'emparant du gaz acide carbonique qui, en pareil cas, ferait seul ou presque seul tout le mal? Cela semble très probable, à en juger par analogie avec ce qu'on voit arriver assez fréquemment chez les bestiaux, avec cette tympanite que leur occasionne un énorme développement de gaz carbonique à l'intérieur de la panse après une copieuse ingestion d'herbes vertes, et qui cède et disparaît, à ce qu'assurent de graves observateurs, dès l'administration d'une suffisante dose d'ammoniaque. Mais, après tout, comment distinguer, et reconnaître, chez l'homme, un cas analogue? Jusqu'à présent, donc, nous ne pouvons prescrire l'ammoniaque pour fait de pneumatose qu'à titre d'aveugle tâtonnement.



E. Ce n'est guère non plus qu'à titre de tâtonnement que nous prescrirons quelquefois les divers médicamens dits *absorbans internes* (132. D. α.).

F. Poudre de charbon (132. C. ε.). Voilà encore un médicament que la théorie proclame être propre à rendre des services dans le traitement des pneumatoses gastro-intestinales. Mais, dans quels cas précisément, et jusqu'à quel point la pratique peut-elle y placer sa confiance? Problème à peine exploré.

G. En cas de tympanite excessive, et qui, par elle-même, met le malade en danger de mort prochaine, le jette, par exemple, dans un état de suffocation imminente, quelles ressources avons-nous encore pour écarter la funeste catastrophe, pour prolonger la vie, et même, s'il y a lieu, pour nous donner le temps de remédier à la maladie essentielle, et d'obtenir une guérison radicale? 1° Appliquons et maintenons sans interruption sur l'abdomen des vessies remplies de glace, faisons avaler de l'eau glacée, et même aussi de la glace par petits morceaux, afin de condenser le volume des gaz. 2° Introduisons la sonde œsophagienne dans l'estomac ou dans le gros intestin, soit en l'employant toute seule, soit en y adaptant une pompe, afin d'évacuer une partie de la masse gazeuse. 3° A la dernière extrémité, pratiquons la ponction avec un trois-quarts très fin : à en croire quelques chirurgiens qui assurent avoir exécuté ladite opération avec un certain succès, cette manière d'ouvrir aux gaz une issue artificielle ne serait pas aussi funeste, aussi promptement meurtrière que l'ont prétendu la plupart des auteurs.

## ARTICLE III.

### EMPHYSÈME PULMONAIRE.

1082. *Bibliographie.* — RUYSCH. — (*Observationum anatomico-chirurgicarum centuria.* Amsterdam, 1691, in-4°). Obs. XIX, XX et XXI (Trois observations de sujets qui avaient été, de leur vivant, atteints de dyspnée et d'orthopnée). — « Dans une partie » du poumon, » dit Ruysch, « je trouvai un amas de vésicules » transparentes dilatées par l'air, et closes de telle façon que je ne » pouvais, par une légère compression, les rendre vides d'air. Je » m'assurai par expérience que le souffle de la respiration, poussé » dans la trachée-artère, n'avait plus de communication avec ces » vésicules dilatées. Puis, en insufflant l'air par là violemment, » on voyait crever quelques unes de ces vésicules. »

MORGAGNI. — (*De sed. et caus. morb.*). — Ep. IV, art. 24-5. (Cas d'un charcutier qui mourut subitement deux jours après une forte intumescence de la joue gauche et de la région correspondante du cou : ce qui me paraît ne pas avoir été autre chose qu'une intumescence emphysémateuse. Autopsie : « Les poumons, gonflés et » pesans, remplissaient presque toute la cavité du thorax ; ils étaient » pourtant beaucoup moins pesans que gonflés, car ils contenaient » beaucoup d'air, et pas beaucoup de sérosité : aussi avaient-ils » leur mollesse et leur couleur naturelles. » C'est bien là un emphysème pulmonaire, mais non reconnu comme cause de la mort, que Morgagni attribue à l'apoplexie). — Epist. XV, art. 6-7. « Un » homme de quarante ans venait d'échapper à une fièvre aiguë, ac- » compagnée de délire et de coma, lorsque, après avoir commis » des erreurs de régime en fait de nourriture et de boissons et par » un maniement assidu du chanvre, il est obligé de s'aliter de » nouveau avec une grave lésion de la respiration. Il ne respire » que la tête haute et avec sifflement..... Enfin, quatre ou cinq » heures après avoir pris un bol contenant de l'opium, comme il » ne pouvait plus endurer le lit, il marche ; puis, en se recouchant, » il expire à l'improviste. A l'ouverture du ventre et du thorax, » tous les viscères furent trouvés sains, tous, excepté les POU- » MONS ; encore ceux-ci n'avaient-ils rien autre de remarquable » que d'être FORT GONFLÉS D'AIR, et parsemés çà et là de taches » noires..... » — Epist. XVIII, art. 14. « Un chasseur, qui avait » presque constamment l'haleine courte (*brevispirus*, mot forgé par » Morgagni),..... disait depuis une huitaine de jours se sentir » moins bien portant, mais ne se plaignait que de l'estomac (*de* » *stomacho*) ;..... ayant pris sur le midi un peu de nourriture, il » fut forcé de se mettre au lit, et à peine eut-il appelé sa femme, » qu'il cessa de vivre. — Les POUMONS étaient extrêmement GONFLÉS » D'AIR..... » — Epist. XXII, art. 12. (Cas d'emphysème, mais avec une évidente description d'un emphysème partiel du poumon. « Quant au lobe supérieur du poumon gauche,..... il avait, dans » les points qui font face à la clavicule, ses vésicules merveilleuse- » ment augmentées ; quelques unes égalaient en grandeur une » aveline ; les autres étaient beaucoup plus petites. Il y en avait de » sphériques ; la forme des autres était oblongue et ovale : toutes » étaient pleines d'air..... L'une d'elles, en outre, présenta » quelques trous extrêmement petits, béans à sa surface inté- » rieure. »

BRESCHET. — (Dans le *Dict. des sc. méd.* — T. XII, art. *Emphysème*). — Pag. 6-8 (*Emphys. des poumons*). — On trouve là une observation fort curieuse, — communiquée par M. Marjolin, — d'un enfant de trente-deux mois, qui présenta, à la suite de violens accès d'une toux convulsive, un emphysème sous-cutané, débutant au-dessus du sternum, puis étendu de proche en proche au tronc tout entier et aux membres (consécutivement, sans aucun doute, à un emphysème et à une rupture du parenchyme pulmonaire), et guérit au bout de huit jours, chose heureuse et remarquable, par l'emploi des narcotiques à l'intérieur et l'application de compresses imbibées de vin aromatique sur tout le corps. — Pag. 15-21 : là, Breschet revient encore sur l'emphysème pulmonaire, et, indépendamment des exemples que son érudition lui en fournit, il consigne tout au long une observation, recueillie par M. Magendie, d'un cas de cette pneumatose qui survint chez une petite fille de cinq ans dans le cours de la coqueluche, et, à l'inverse du cas de M. Marjolin, eut une issue mortelle.



LAENNEC. — (*Tr. de l'auscult.*). IIe partie, sect. II, chap. 3, *De l'emphysème du poumon.*

JULES CLOQUET. *De l'influence des efforts sur les organes renfermés dans la cavité thoracique.* (Dans le *Nouveau Journal de méd.*, septembre 1819.) — VIe observ., *Emphysème du poumon déterminé par une toux vive.* — VIIe observ., *Emphysème du poumon, suite de violents efforts.* (Chez un gendarme âgé de vingt ans, qui, dans une pensée de suicide, avait avalé de l'acide sulfurique, puis s'était jeté à l'eau. Efforts de natation, afin de se sauver. — Efforts répétés de vomissemens par suite de l'empoisonnement. — Mort.)

LEROY (d'Étiolles). *Recherches sur l'asphyxie* (Dans le *Journ. de physiologie expérimentale et pathologique, par M. Magendie*, année 1827. — T. VII).

— *Second mémoire sur l'asphyxie :* lu à l'Acad. des sciences, 9 juin 1828. (*Ibidem*, t. VIII.)

MAGENDIE. *Rapport fait à l'Acad. des sc. sur un Mém. de M. Leroy d'Étiolles, relatif l'insufflation du poumon, considérée comme moyen de secours à donner aux personnes noyées ou asphyxiées.* (*Ibid.*, année 1829. — T. IX.)

PIEDAGNEL. — *Recherches anatomiques et physiologiques sur l'emphysème du poumon.* (Dans le *Journal de physiologie expérimentale et pathologique, par M. Magendie*, t. IX.) — Conclusions : 1° la crépitation n'est pas le caractère des poumons sains ; 2° la crépitation n'est due qu'à la déchirure des vésicules pulmonaires, soit par suite d'insufflation, soit sous la simple pression de la main ; 3° la crépitation est un signe de l'emphysème du poumon, comme elle l'est de l'emphysème sous-cutané.

OLLIVIER (d'Angers). *Observations de mort subite causée par une lésion spontanée des poumons.* (Dans les *Archives*, février 1833.) — La lésion dont il s'agit, c'est l'emphysème.

LOUIS. *Recherches sur l'emphysème des poumons.* (Dans les *Mém. de la soc. médicale d'observation de Paris*, t. I, p. 160-261.) — Travail reproduit, à quelques coupures près, dans le *Répert.*, t. XI, art. *Emphysème des poumons.*

BEAU. — (*Et. théor. et prat. sur les différens bruits qui se produisent dans les voies respiratoires.* Travail déjà cité, n° 46. F. γ.) Voir la partie relative à l'*Emphysème du poumon* (Dans les *Archives*, octobre et décembre 1840).

DEVERGIE (Alphonse). *De l'emphysème pulmonaire envisagé comme caractère anatomique de la mort par asphyxie.* (Dans *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, avril 1841.)

MONNERET et FLEURY. — (*Compendium*, — t. III, p. 193-212.) — Art. *Emphysème pulmonaire.*

DEPAUL. *De l'emphysème qui succède brusquement à la rupture de l'un des points des voies aériennes, de son siége et de ses terminaisons.* (Dans *Gaz. méd.*, année 1842, n° 44). — Remarquons particulièrement, dans cet intéressant mémoire, l'observation d'un emphysème pulmonaire survenu pendant le travail de l'accouchement, et qui paraît bien avoir été la cause de la mort.

VALLEIX. — (*Guide du médecin*, — t. II, chap. v.)

PRUS. *De l'emphysème pulmonaire chez les asphyxiés par strangulation.* (Dans *Transactions médicales*, octobre 1832.)

— *De l'emphysème pulmonaire considéré comme cause de mort.* Mémoire lu à l'Académie roy. de médecine, séance du 24 mai 1842. (Dans le t. X des *Mém. de l'Acad.*) — Voir aussi le *Rapport* de M. Adelon sur ledit mémoire, dans le *Bulletin de l'Acad.*, t. VIII, p. 686 et suiv.

BÉROUD. *De l'asthme.* Th. inaug. Paris, 1842, n° 195.

GAVARRET. *De l'emphysème des poumons et de ses rapports avec les différentes maladies du cœur et des bronches.* Thèse inaug. Paris, 1843, n° 36.

RILLIET et BARTHEZ. — (*Traité clin. et prat. des mal. des enfans.*) Ire classe, chap. III, *Emphysème.* — T. Ier, p. 134-40.

1083. *Définition.* — Emphysème pulmonaire et pneumatose pulmonaire, c'est tout un dans notre vocabulaire; ce sont là, pour nous, deux expressions entièrement synonymes. A ce point de vue (1065), donc, l'emphysème pulmonaire peut très bien être défini comme il suit :



genre de maladie qui consiste anatomiquement en ce que le poumon contient beaucoup plus d'air qu'à l'état normal. Voilà une définition qui prend pour base un fait pathologique unanimement reconnu, et assez facile, en effet, à reconnaître, tant sur le vivant que sur le cadavre. Jusque là, les pathologistes n'ont aucune raison de se diviser en deux camps. Mais, si l'on veut aller au fond des choses, si l'on veut, dans la définition même, déterminer où se trouve précisément, entre les divers élémens du parenchyme pulmonaire, le siége de la pneumatose, alors commence une controverse sérieuse; alors, devant la scission profonde qui, à cet égard, existe entre les autorités les plus graves et les plus imposantes, notre jugement hésite, en vérité, à se fixer et à se formuler dogmatiquement.

D'une part, Laënnec, et, après lui, M. Louis, ont admis deux espèces d'emphysème pulmonaires radicalement différentes entre elles, c'est à savoir : 1° un emphysème vésiculaire, soi-disant constitué par la dilatation des vésicules pulmonaires, qui de leurs dimensions microscopiques parviendraient ainsi à égaler le volume d'un *grain de millet*, d'un *grain de chènevis*, d'un *noyau de cerise* ou même d'un *haricot* (Laenn., *loc. cit.*, t. I, p. 289); 2° un emphysème extra-vésiculaire, interlobulaire, sous-pleural, dû à une évidente infiltration d'air dans le tissu cellulaire des poumons.

D'autre part, des anatomo-pathologistes éminens, et notamment en première ligne MM. Magendie, Prus, Piedagnel, Rochoux, Bouvier, Gavarret, etc., nient que la dilatation seule des vésicules pulmonaires puisse jamais atteindre des dimensions visibles à l'œil nu, puisse jamais être autre chose qu'un phénomène inappréciable et insignifiant en lui-même. Dans l'emphysème vésiculaire de Laënnec, ils ne veulent voir non plus qu'une infiltration d'air en dehors des voies aériennes, un effet dû à la rupture, et non à la simple dilatation des vésicules, un premier degré de l'emphysème interlobulaire, en un mot, un emphysème intervésiculaire.

Entre ces deux opinions, qui partagent aujourd'hui le monde médical, j'avouerai que je penche fort en faveur de la seconde. A telles enseignes, même, que je juge à propos de parler désormais comme si j'adoptais sans réserve cette opinion, plutôt que de condamner perpétuellement mon langage à la manière embarrassée et vague de la neutralité et du doute.

Ainsi donc, avec M. Prus (*loc. cit.*, p. 14), nous définirons l'emphysème pulmonaire une infiltration de l'air, soit dans le tissu cellulaire intervésiculaire, soit dans le tissu cellulaire interlobulaire et sous-pleural. Notons, par parenthèse, que, dans cette manière de voir, le terme d'emphysème ne se trouve pas, comme dans l'hypothèse de l'emphysème

vésiculaire de Laënnec, avoir reçu une extension abusive et impropre, mais qu'il conserve alors une signification rigoureusement conforme à celle qui depuis longtemps y est attribuée, et qui a, pour ainsi dire, acquis force de loi. (Voir ci-après, article V, *Emphysème spontané du tissu cellulaire libre.*)

Voici, au surplus, comment M. Prus a résumé les raisons de la doctrine qu'il professe, et à laquelle nous venons de souscrire :

« J'ignore, » dit-il, « et je pense qu'il est difficile de savoir quelle est » la distension que les vésicules pulmonaires peuvent subir sans se » rompre. Bien plus, la dilatation des vésicules non rompues est une » chose difficile à prouver..... Cette dilatation des vésicules, qui ne peut » pas dépasser des limites assez étroites sans amener leur rupture, est en » elle-même une lésion légère qui ne peut acquérir d'importance que si » on la considère comme un commencement de l'emphysème pulmo- » naire, c'est-à-dire du passage de l'air dans le tissu cellulaire intervé- » siculaire.

» Des raisons tirées de l'anatomie, de la physiologie et de la pa- » thologie paraissent devoir lever tous les doutes sur la question qui nous » occupe.

» Quand on cherche à examiner les vésicules pulmonaires dans un » poumon sain, on a beaucoup de peine à les distinguer, attendu leur » très petite dimension. C'est le volume extrêmement petit de ces or- » ganes qui a engendré ces longues disputes qui ont trop longtemps di- » visé les auteurs sur leur disposition. Comment voudrait-on que ces » vésicules pussent, sans se rompre, acquérir assez d'ampleur pour » égaler un grain d'orge, un noyau de cerise, etc. ? Une semblable di- » latation, qui décuplerait et au-delà la cavité de ces petits corps, rom- » prait nécessairement des parois que nous allons voir être d'une grande » fragilité.

» M. Piedagnel avait fort bien vu que l'insufflation modérée, pratiquée » sur un poumon sain, produit une augmentation de volume qui cesse » par la contractilité du tissu pulmonaire, contractilité d'autant plus » prononcée qu'on se rapproche davantage de l'enfance ; tous les lobes » reviennent, en un temps, sur eux-mêmes.

» L'insufflation forcée, au contraire, produit la distension perma- » nente de l'organe ; cette distension est inégale ; on voit l'air marcher » dans diverses directions. Lorsqu'on cesse de pousser le fluide, le » poumon revient sur lui-même d'une manière incomplète. Quelques » portions restent plus saillantes ; d'autres semblent vouloir s'affaisser et » être retenues sur les parties voisines ; mais, en totalité, l'organe pré- » sente un volume plus considérable qu'avant l'expérience. »

« D'où vient cette différence si apparente dans le retrait du poumon,



» si ce n'est de ce que, dans le premier cas, une insufflation modérée » a distendu les vésicules pulmonaires sans les rompre, et leur a permis » de chasser l'air en revenant sur elles-mêmes, tandis que, dans le se- » cond cas, une insufflation forcée a rompu les vésicules, et a déter- » miné dans le tissu cellulaire intervésiculaire un épanchement d'air » qui a persisté et a empêché le poumon de reprendre son volume pri- » mitif ?

. . . . . .

» L'anatomie pathologique vient encore prouver que le siége de » l'emphysème pulmonaire est dans le tissu cellulaire intervésiculaire.

» Ce qui distingue un poumon emphysémateux d'un poumon sain, » c'est que ce dernier, mis à découvert, s'affaisse rapidement et com- » plétement par la pression de l'air atmosphérique, ou, au moins, par » la pression de la main, tandis que, sous l'influence des mêmes agens, » le volume du second ne diminue que très peu, et quelquefois même » pas du tout. La cause de cette différence, c'est le siége différent de » l'air. Dans le premier cas, ce fluide étant dans les vésicules et les » bronches, la compression extérieure le chasse par la trachée. Dans le » second cas, au contraire, l'air épanché dans les mailles du tissu cel- » lulaire intervésiculaire ne peut s'échapper, même par la voie qu'il » avait prise pour entrer, attendu que les vésicules déchirées sont apla- » ties absolument comme une vessie distendue qui viendrait à se rompre. » Cet aplatissement est encore augmenté par la pression qu'exerce l'air » enfermé dans le tissu cellulaire ambiant..... » (Prus, *loc. cit.*, p. 14-17.)

1084. *Synonymie.* — A. Asthme : vulgairement et dans la langue des nosographes symptomatistes, lorsque l'emphysème pulmonaire existe à titre de maladie chronique, ce que nous verrons être le cas le plus ordinaire.

B. Phthisie aérienne (*Phthisis aerea*), de Storck (*Annus medicus.* Vienne, 1759. — Pag. 114) : particulièrement pour les cas dans lesquels l'emphysème pulmonaire, en l'absence de tout autre vice organique grave, se montre comme une cause de consomption et de mort ; dans lesquels il amène, seul, une diminution progressive de l'hématose, une cyanose plus ou moins prononcée, et enfin la dyspnée suffocante et l'apnée. Cas beaucoup plus rares que Storck ne le pensait, mais qui ne sont que trop réels.

C. Pousse : dans le vocabulaire des maladies du cheval.

1085. *Quelques aphorismes en ce qui concerne particulièrement le siége du mal.* — A. Il va sans dire, mais je crois bon de le faire remarquer, que l'emphysème pulmonaire ne peut constituer une maladie, ne peut produire tout ou partie des symptômes ci-après exposés (1086),

que s'il occupe une étendue assez considérable du viscère. Sinon, ce n'est qu'un vice anatomique d'une complète insignifiance, en un mot, rien qu'une minutie nécroscopique.

B. A la rigueur, on peut distinguer trois sortes ou trois degrés anatomiques d'emphysème pulmonaire : le premier degré, c'est l'emphysème vésiculaire de Laënnec, emphysème intervésiculaire de M. Prus, emphysème pseudo-vésiculaire, ainsi proposerai-je, pour ma part, de le qualifier ; car, suivant la judicieuse remarque de M. Prus (*loc. cit.*, p. 17), « en voyant, à travers la plèvre pulmonaire, la régularité » presque parfaite des petits corps arrondis existans sous cette mem- » brane dans des poumons affectés d'emphysème intervésiculaire, on n'a » pas cru que cette régularité pût ne pas appartenir à des vésicules » pulmonaires, et dépendre des vacuoles du tissu cellulaire du poumon ; » voilà ce qui a causé et ce qui, jusqu'à un certain point, justifie la méprise d'un aussi habile anatomo-pathologiste que Laënnec et de tant d'autres observateurs éminens, dont l'esprit a complaisamment accepté l'hypothèse de la dilatation énorme des vésicules. Le second degré, c'est l'emphysème interlobulaire, et le troisième, enfin, c'est l'emphysème sous-pleural. Mais, à ne suivre que les exigences réelles de la nosographie, et pour ne pas multiplier les espèces de maladies au-delà de ce que les données de la symptomatologie nous permettent aujourd'hui, nous devons nous borner à poser formellement deux espèces, d'abord l'emphysème pseudo-vésiculaire ou à petites bulles, puis l'emphysème à grosses bulles, qui comprend les deux autres degrés anatomiques. L'emphysème pseudo-vésiculaire est l'espèce la plus fréquente, sans comparaison ; c'est une affection essentiellement chronique, qui finit quelquefois par entraîner le développement et les accidens aigus de l'emphysème à grosses bulles. Celui-ci, indépendamment de ce mode de développement deutéropathique, peut aussi survenir d'emblée et protopathiquement dans certaines circonstances que nous dirons ci-après.

C. L'emphysème peut être borné à un seul poumon, à un seul lobe, à une portion de lobe. Ai-je besoin de dire que, toutes choses égales d'ailleurs, l'intensité des symptômes est en raison de l'étendue de l'emphysème ?

D. En général, l'emphysème pseudo-vésiculaire a une étendue d'autant plus grande, et se montre compliqué de bulles d'emphysème interlobulaire et sous-pleural d'autant plus nombreuses, que la date d'apparition des premiers symptômes est plus ancienne. C'est là un des points clairement établis par les recherches de M. Louis.

1086. *Symptômes principaux.* — (1085. A. — et C.). — A. *Voussures extraordinaires du thorax :* d'après lesquelles on peut, à distance et en parcourant d'un coup d'œil l'habitude extérieure, présumer, sinon reconnaître, l'existence de l'emphysème, mais qui ne sont là, il faut le dire, que lorsque l'emphysème est ancien et très considérable. En cas d'emphysème général des deux poumons, le devant de la poitrine présente un excès de convexité, soit particulièrement en haut, soit en bas, selon que le diaphragme se sera maintenu à son niveau ou se sera laissé refouler : ajoutons que, avec une situation à peu près naturelle du diaphragme, les épaules sont fort élevées et déjetées en dehors, et que, avec la dépression de cette cloison musculeuse, elles conservent leur état ordinaire. En cas d'emphysème partiel, saillie locale de la paroi thoracique dans une étendue correspondante ; là, les espaces intercostaux sont élargis et bombés. Le creux des régions sous et sus-claviculaires peut, selon les cas, être diminué, effacé, voire même transformé en une surface convexe. C'est bien à tort que certains auteurs nient absolument la réalité des voussures thoraciques comme effet et comme symptôme de l'emphysème pseudo-vésiculaire, et ne veulent jamais y voir autre chose que des voussures pour ainsi dire physiologiques, que des variétés de conformation naturelle. Ces voussures-là, que M. Louis a si exactement constatées chez une forte proportion des sujets atteints de la maladie susdite, on les a vues plus d'une fois se former et grandir au fur et à mesure que la maladie faisait des progrès : exemple, la V^e^ observation du mémoire de M. Prus (*loc. cit.*, p. 37 et p. 39).



B. *Coloration bleuâtre des lèvres, des joues, du nez, des conjonctives, des mains*, etc. (Cyanose) : autre phénomène d'habitude extérieure, encore plus frappant de prime abord que celui qui précède ; mais propre seulement aux cas où l'emphysème est très considérable, l'hématose par conséquent très entravée, et la dyspnée très prononcée.

C. *Sonorité exagérée du thorax à la percussion :* soit d'un seul côté, et même dans un espace circonscrit, soit, au contraire, des deux côtés à la fois, selon l'étendue de l'emphysème. Sonorité d'autant plus claire que l'infiltration gazeuse du parenchyme pulmonaire est parvenue à un plus haut degré. Ne manquons pas d'ajouter que, dans certains cas, la percussion retrouve encore une semblable sonorité beaucoup plus bas que la région dorsale ne la lui présente d'ordinaire : ainsi fait-elle reconnaître le refoulement du diaphragme (A), et la présence des poumons au-delà de leurs limites naturelles, voire même parfois jusqu'au-dessous du niveau de la dernière côte (Prus, IV^e^ observation, *loc. cit.*, p. 31). Il n'est pas très rare que la région précordiale elle-même rende un son clair, et même très clair, soit parce que le cœur est débordé et recouvert antérieurement par une lame de poumon emphysémateux, soit parce qu'il se trouve tombé plus ou moins bas avec le refoulement du diaphragme, ou bien encore, mais beaucoup plus rarement, déjeté à droite par un excès de turgescence du poumon gauche.

D. *Dyspnée :* plus ou moins considérable ; bornée, chez les uns, — chez ceux, par exemple, qui commencent à être atteints d'emphysème pseudo-vésiculaire, — à ce qu'on appelle l'haleine courte, de manière que ces individus-là ne s'aperçoivent et n'ont à se plaindre d'une gêne de respiration qu'autant qu'ils se mettent à courir, à déclamer, à chanter, etc., étant vite essoufflés en pareille circonstance ; très forte et très pénible chez les autres, voire même poussée trop souvent jusqu'à la respiration sifflante, jusqu'à l'orthopnée, jusqu'au degré de dyspnée suffocante et à l'impossibilité de parler, et, enfin, jusqu'à l'apnée. Ce que l'observation brute nous oblige de proclamer, ce que le mémoire de M. Louis a parfaitement mis en évidence, c'est que, généralement, pour ne pas dire toujours, chez les sujets atteints d'emphysème pseudo-vésiculaire, la dyspnée, au lieu de s'accroître à la longue par progrès réguliers et insensibles, offre à divers intervalles des époques d'exacerbation d'une durée plus ou moins longue, d'une gravité plus ou moins alarmante. Mais, à vrai dire, dans mon opinion et au point de vue sous lequel je crois devoir interpréter les données de l'observation, ces exacerbations sont bien moins le fait de l'emphysème même que des affections par lesquelles l'emphysème est produit et aggravé ; elles sont dues à des accès d'asthme, par exemple, ou à l'intervention de la bronchite, qui, chez ces sujets-là particulièrement, existe souvent sous forme latente et sèche, et se renouvelle ou s'exaspère à fréquentes reprises par l'effet surtout des vicissitudes atmosphériques.

E. *Toux :* sèche, si ce n'est nulle, — tant que l'emphysème pulmonaire existe pur et simple, cas assez rare. — ou, en d'autres termes, tant qu'il n'est pas compliqué de sécrétions dues à la bronchite (505. A. ε. — et 510. C.), et à la bronchorrhée (1000 — et 1002).

F. *Bruit respiratoire, faible ou nul :* quand on ausculte le thorax dans les points correspondans à une partie de poumon emphysémateuse, ce qui fait contraste, d'une façon très remarquable et vraiment significative, avec l'excès de sonorité de ces mêmes points. Ajoutons ici qu'en ce qui concerne l'exploration du bruit respiratoire, il importe de signaler un phénomène, assurément bien fait pour frapper l'attention et pour éclairer, au besoin, le diagnostic, c'est que, dans certains cas, dans ceux, veux-je dire, où l'emphysème pulmonaire va jusqu'à produire le refoulement excessif du diaphragme, l'abaissement du foie, etc., le bruit respiratoire s'étend plus bas que d'ordinaire : à telles enseignes que, parfois, il se fait entendre, en arrière, au niveau de l'articulation de la dernière côte (Prus, *loc. cit.*, observ. IX), et même à trois travers de doigt au-dessous (Prus, *loc. cit.*, observ. V) ; — et, en avant, selon le professeur Stokes de Dublin, à deux pouces (cinq à six centimètres, nouveau style) au-dessous de l'appendice xiphoïde.



G. *Respiration légèrement bronchique :* symptôme signalé par quelques observateurs, et rencontré par moi-même, chez des sujets atteints d'emphysème pseudo-vésiculaire, pendant les accès de dyspnée suffocante ; apparu et disparu, par exemple, avec un accès de quelques heures. Mais ne serait-ce pas qu'un semblable phénomène, au lieu de dériver immédiatement de l'emphysème, est alors l'effet et le signe d'un certain degré d'hyperémie pulmonaire approchant de la pneumonie ?

H. *Râles :* sibilans, ronflans, sous-crépitans, muqueux, tantôt se montrant à part les uns des autres chez tels et tels sujets, tantôt se montrant tous ensemble chez le même sujet. Les trois premières espèces de râles sont, sans contredit, les plus ordinairement liées à la présence de l'emphysème, qui pourrait donc passer, avec quelque apparence de raison, pour être leur seule et unique cause, encore bien qu'il existe et sévisse quelquefois sans aucune sorte de râle. Quant au râle muqueux, personne n'a songé ni ne songe à y voir autre chose qu'un effet de la bronchite qui complique l'emphysème. Laënnec s'était cru en droit de poser ce qu'il appelait le *râle crépitant sec à grosses bulles*, comme un signe pathognomonique de l'emphysème pseudo-vésiculaire (*loc. cit.*, t. I^er^, p. 308-9) ; c'est là une des rares erreurs qui lui sont échappées dans la nouvelle sphère d'investigations séméiologiques par lui ouverte et par lui presque entièrement exploitée. Conformément aux habiles et consciencieuses observations de M. Louis, notre propre expérience ne nous permet de reconnaître, là, qu'un râle sous-crépitant, que l'oreille voudrait en vain distinguer de celui de la bronchite.

1087. *Marche de la maladie.* — Sous ce rapport, rien de plus simple et de plus naturel que de distinguer, même *à priori*, deux cas principaux, savoir : 1° l'emphysème pulmonaire aigu, 2° l'emphysème pulmonaire chronique. Mais ce qu'il importe bien de remarquer, c'est que précisément ces deux cas correspondent aux deux espèces qui viennent d'être posées plus haut sous le point de vue du degré anatomique de l'infiltration gazeuse (1085. B.). Cela va devenir évident par les deux aperçus qui suivent.

A. *Emphysème pulmonaire aigu*, ou *Emphysème à grosses bulles* (Emphysème interlobulaire et sous-pleural des auteurs) : c'est lorsque tout-à-coup, — et ordinairement, sinon toujours, à raison de violens efforts de respiration dans une condition quelconque de grave dyspnée, — l'air, s'échappant au travers des vésicules pulmonaires qui crèvent, fait irruption en quantité considérable dans les espaces interlobulaires et au-dessous de la plèvre. Quelquefois même, comme dans le cas observé par M. Marjolin (1082), cette invasion d'air peut rompre la plèvre, là surtout où la fragilité de la membrane séreuse n'est point protégée par les parois solides du thorax, pénétrer ainsi dans le tissu cellulaire du