médiastin, puis de là s'étendre au cou et y devenir, s'il est permis d'ainsi parler, visible et tangible; puis enfin, en gagnant de proche en proche, constituer un emphysème universel. Qu'après les apparences les plus alarmantes, après les plus cruelles angoisses d'une véritable imminence de suffocation, l'emphysème pulmonaire aigu puisse aboutir à complète et solide guérison par une résorption plus ou moins prompte de l'air infiltré : c'est ce qu'il est permis de pressentir par analogie avec la manière dont se comporte l'emphysème traumatique du tissu cellulaire libre, cas beaucoup plus ordinaire à voir, ou du moins, comme de raison, beaucoup plus ordinairement constaté sur le vivant. C'est ce dont fait foi, de la façon la plus éclatante, le cas de M. Marjolin. C'est ce que professait Laënnec, mais avec une sécurité trop absolue, en disant de l'emphysème interlobulaire, qui, encore une fois, est précisément l'espèce nosographique dont il s'agit ici : « Je n'ai vu mourir » personne de cette affection seule, et j'ai vu guérir plus ou moins » rapidement plusieurs sujets qui en présentaient les signes de la ma- » nière la plus évidente et dans une grande étendue. » (*Loc. cit.*, t. Ier, p. 345.— Suivent deux exemples à l'appui.) D'autre part, hélas! il est malheureusement trop vrai et trop bien démontré que l'emphysème pulmonaire à grosses bulles, pourvu certes qu'il occupe une étendue suffisante (1085. A.), peut devenir une cause de mort, même de mort subite, par voie de dyspnée suffocante et d'apnée ; témoin, entre autres exemples, les cas recueillis et si exactement décrits par M. Magendie et par Ollivier d'Angers (1082). Terminons en ajoutant que Laënnec avait à tort signalé, sous le nom de frottement ascendant et descendant, le frottement pleural comme un signe pathognomonique de l'emphysème ici en question : ce sont surtout les erreurs des grands maîtres de l'art qui doivent être dites et relevées dans un ouvrage tel que le nôtre, destiné à initier les esprits aux faits principaux de la pathologie, et à les préparer à l'étude des sources classiques.

B. *Emphysème pulmonaire chronique*, ou *Emphysème pseudo-vésiculaire :* c'est lorsque l'infiltration d'air reste exclusivement ou du moins principalement bornée au tissu cellulaire intervésiculaire; ou bien, en d'autres termes, si l'on aime mieux, c'est lorsqu'elle s'établit, s'étend et se généralise peu à peu et à la longue sous forme de petites bulles, par l'effet d'irruptions moins violentes que dans l'espèce qui précède (A.), mais fréquemment renouvelées, si ce n'est même continuelles. Ainsi, par exemple, chez bien des individus, cette affection commence à se manifester dès l'enfance pour se perpétuer ensuite jusqu'à un âge très avancé. Une fois établie de manière à être indubitablement diagnostiquée, de manière à être bien et dûment reconnue, elle est dès lors, à ce qu'il paraît, et comme le démontrent les recherches de M. Louis, enracinée

pour toujours dans l'économie : elle persiste, soit au même point une ou plusieurs années, soit en s'aggravant avec plus ou moins de rapidité (1085. D). Pourquoi cette persistance ? pourquoi cette incurabilité, qui contraste d'un façon singulière, j'allais dire presque inexplicable, avec la curabilité de l'emphysème pulmonaire aigu, avec la facilité qu'ont les gaz en général, et l'air atmosphérique en particulier, d'être repris par l'absorption interstitielle? Serait-ce, tout simplement, parce que les maladies protopathiques dont dépend toujours, comme nous le verrons, la production de l'emphysème pseudo-vésiculaire, continuent elles-mêmes d'exister ou reviennent de temps à autre, de telle sorte précisément que l'emphysème se maintienne dans le même état, si même il ne s'aggrave pas ? Ou bien, plutôt, serait-ce que, le parenchyme pulmonaire étant une fois creusé de cavernules intervésiculaires dans lesquelles l'air extravasé aura séjourné assez longtemps pour oblitérer irrévocablement par compression les vésicules d'alentour, ces cavernules acquièrent, pour ainsi dire, droit de cité dans la structure du viscère, subsistent indéfiniment, et, quoiqu'elles soient, à proprement parler, en dehors des voies respiratoires, n'en sont pas moins toujours pleines d'air, faute de résorption ou grâce à un renouvellement dont il est facile, après tout, pour le compte d'un organe tel que le poumon, de donner une explication quelconque par la porosité, l'endosmose ou autrement encore? Quoi qu'il en soit, je le répète, l'emphysème pseudo-vésiculaire peut durer nombre d'années sans compromettre la vie. Il est, certes, fort rare qu'on le voie, à lui seul, et même y compris le développement de bulles plus ou moins nombreuses d'emphysème interlobulaire et sous-pleural, constituer tout le désordre anatomique auquel la mort soit imputable. Presque toujours, outre l'emphysème pulmonaire, chez les sujets qui succombent, l'autopsie constate, si tant est que le diagnostic ne l'ait pas déjà reconnu sur le vivant, quelque autre vice organique, notamment du côté des poumons, — une pneumonie, par exemple, ou des tubercules, etc. Nul doute, d'ailleurs, que l'emphysème n'ajoute beaucoup aux chances mortelles de la nouvelle maladie dont le poumon vient à être attaqué et pour ainsi dire surchargé. Mais, de plus, on ne peut se refuser à reconnaître qu'il y a des cas, tant rares soient-ils, où l'emphysème pulmonaire chronique finit par conduire au tombeau en vertu de ses seuls progrès et sans l'intervention d'aucun autre vice anatomique. C'est ce que prouvent invinciblement les faits observés à Bicêtre et à la Salpêtrière par M. Prus, entre lesquels nous citerons particulièrement, comme étant des plus concluans, le cas du nommé Miner : cet homme, ayant eu l'haleine courte dès l'enfance, sujet à des accès irréguliers d'asthme, mourut à soixante-dix-neuf ans dans un de ces accès, et son autopsie, minutieusement faite, ne présenta rien autre d'impor-

tant que l'emphysème pulmonaire dont M. Prus avait constaté l'existence et suivi les progrès depuis environ deux ans (Prus, *loc. cit.*, IIIème observ.). A la catégorie de ces faits si bien mis en relief par M. Prus, je crois devoir en rattacher un que j'ai rencontré dans ma pratique d'hôpital, et que voici en substance : — Louis Moisy, terrassier, âgé de soixante-deux ans, entre à l'Hôtel-Dieu annexe, salle St-Antoine, n° 7, 25 mars 1841 (internat de M. Grandhomme). Diagnostic : Emphysème pulmonaire. Grande dyspnée. Saignée, opium, et autres remèdes accessoires. Point d'amélioration. Le 5 avril, phénomènes de suffocation commençante. Le 7, mort. *Autopsie :* poumons volumineux, rebondissans hors du thorax au moment de l'ouverture de cette cavité, très légers, très crépitans, hyperémiés postérieurement et inférieurement, mais à un faible degré ; emphysème *vésiculaire* (*sic*, dans mes notes) ; emphysème sous-pleural très notable, bulles larges se déplaçant aisément devant le doigt qui les pousse ; au sommet de l'un et l'autre poumon, dépression formée par une cicatrice ancienne, à laquelle correspond intérieurement une matière crétacée, moitié blanche et moitié noirâtre, trace évidente d'une tuberculisation guérie (765. K) ; muqueuse bronchique d'un rouge écarlate ou d'un rouge brunâtre, partout où elle a été examinée ; traînées de matières glaireuses çà et là dans les ramifications des bronches ; cœur un peu volumineux, mais sain d'ailleurs ; tout le reste sans intérêt. — Il paraît donc, après tout, que cette terminaison funeste de l'emphysème pulmonaire pur et simple a lieu surtout dans la vieillesse, c'est-à-dire dans l'âge où les vésicules pulmonaires, devenues minces, sèches, irrégulières, friables, offrent les conditions les plus favorables à un grand développement du mal en question. Aussi est-ce avec toute raison que M. Prus a pu dire (*loc. cit.*, p. 55) : « Si M. Louis, qui a conclu des faits observés par lui que » l'étendue et le degré de l'emphysème pulmonaire sont en raison de sa » durée, avait fait ses recherches dans un hospice de vieillards, il eût » été indubitablement amené à reconnaître que ce degré de la maladie » pouvait, avec quelques sujets, aller jusqu'à rendre celle-ci nécessai- » rement mortelle. Ce que j'ai vu n'est que la conséquence naturelle du » principe qu'il a établi. » Somme toute, en définitive, on peut mourir, par l'emphysème pulmonaire, de deux façons que voici : 1° consécutivement à une diminution progressive de l'hématose, à une consomption lente et dont l'issue est facile à prévoir longtemps d'avance, et c'est là la phthisie aérienne de Storck (1084. B.) ; 2° subitement ou à peu près, soit dans un accès d'asthme, soit dans un transport de colère, soit à l'occasion d'efforts violens.

1088. *Détails nécroscopiques.* — A. Le poumon emphysémateux se fait reconnaître pour tel, au premier aspect, par son état de turgescence

avec persistance de sa couleur naturelle, voire même quelquefois avec excès de pâleur. Il ne s'affaisse que peu ou point à l'ouverture du thorax. Non seulement il continue d'occuper la cavité entière de la plèvre, de recouvrir le cœur en partie ou en totalité, mais encore il lui arrive souvent de déborder et de saillir comme ayant été jusque là trop à l'étroit. Il est très léger en comparaison de son volume ; il se montre très crépitant, tout en offrant une résistance particulière à la pression des doigts qui le tâtent et l'explorent. Quelquefois, en vérité, il semblerait que les poumons emphysémateux eussent été insufflés artificiellement, tant ils sont volumineux et tendus ! Il se peut même, dit-on, que, jetés avec force sur le sol, ils rebondissent à la manière d'un ballon.

B. Le mal en est-il au degré d'emphysème interlobulaire et sous-pleural : la plèvre se montre çà et là soulevée par l'air, de manière à présenter des bosselures plus ou moins volumineuses, quelquefois grosses comme une aveline, une noix, un œuf de poule, voire même comme le poing. Rien de plus facile que de déplacer ces petites tumeurs par une impulsion latérale et doucement pratiquée avec le manche du scalpel ou avec le doigt. Rien de plus facile que de faire voyager l'air ainsi d'un point à un autre dans le tissu cellulaire sous-pleural ; mais il est impossible, au contraire, de le refouler et de le faire rentrer dans la profondeur du poumon et dans les voies bronchiques, quelque soin et quelque patience qu'on mette à une semblable tentative. Une piqûre faite à la plèvre seulement, et sans intéresser le moins du monde le parenchyme pulmonaire, laisse échapper une plus ou moins grande quantité d'air, qui se trouvait épanché non seulement dans le tissu cellulaire sous-pleural, mais encore dans les espaces de tissu cellulaire interlobulaire les plus voisins ; et aussitôt, vis-à-vis de la piqûre, s'opère un certain affaissement des lobules pulmonaires, qui, au lieu de faire saillie comme ils faisaient un instant auparavant, laissent là un creux plus ou moins large et plus ou moins profond. Au reste, c'est sur le bord antérieur et à la face interne ou concave des poumons que se rencontrent le plus généralement les tumeurs aériennes sous-pleurales dont je viens de parler.

C. A-t-on seulement sous les yeux un emphysème pseudo-vésiculaire : on n'aperçoit rien autre chose, au-dessous de la plèvre, qu'une multitude innombrable de petites cellules pleines d'air, et encore faut-il y regarder de très près pour les distinguer, les unes à peine grandes comme un grain de millet, les autres comme un grain de chènevis ou tout au plus comme un grain d'orge. Ces cellules anomales se montrent agglomérées en forme de plaques plus ou moins étendues, surtout encore vers le bord antérieur des poumons (B.). Qu'elles contiennent de l'air, ou si ce n'est l'air atmosphérique pur, tout au moins un fluide aéri-

forme, c'est là un fait évident ; car à peine les a-t-on piquées avec la pointe d'une épingle ou d'une aiguille qu'elles se vident et s'affaissent sans donner issue à aucune goutte de liquide. Elles forment, en général, autant de cavités parfaitement distinctes : piquez-en quelques unes, et faites-les ainsi disparaître, celles d'à côté n'en subsisteront pas moins. L'air est, là, tellement emprisonné, qu'on ne peut pas le pousser et le promener d'un point à un autre comme on le peut dans l'emphysème à grandes bulles (B.). Est-ce parce que la trame cellulaire a, entre les vésicules pulmonaires, une texture plus serrée que dans les espaces interlobulaires et au-dessous de la plèvre?

D. Toutes les fois que l'emphysème pulmonaire, par l'excès de son développement, est la cause unique ou principale de la mort, les poumons contiennent peu de sang, et c'est à peine s'il s'en écoule çà et là quelques gouttes sous les incisions qu'on fait en tous sens dans l'épaisseur de ces organes. C'est que, sans aucun doute, et même abstraction faite de l'anémie qui est le propre de l'emphysème chronique grave (1087. B. — et 166. B. 6.), l'air, s'accumulant outre mesure dans le tissu cellulaire du poumon pendant la dyspnée suffocante des derniers momens de la vie, ne peut moins faire que d'exercer, là, autant de compression sur les vaisseaux sanguins que sur les vésicules respiratoires. Il se peut donc, et cela est fort aisé à comprendre et à prévoir, que les poumons, en pareil cas, n'offrent absolument aucune trace d'hyperémie hypostatique (200).

E. Ce qu'il importe encore de faire observer, dans le cas de la proposition qui précède (D.), c'est que le sang qui se trouve rester à l'intérieur du cœur et des vaisseaux est liquide, d'apparence huileuse et de couleur noirâtre; en un mot, il a tous les caractères qui accusent une mort essentiellement due à l'impossibilité de l'hématose pulmonaire, à ce qu'on est généralement convenu aujourd'hui d'appeler du nom d'asphyxie. Et nous devons noter, au surplus, que, par un contraste fort remarquable avec l'état anémique et pâle des poumons, le sang noirâtre existe en assez grande quantité dans les cavités droites du cœur, les gros troncs veineux, les sinus de la dure-mère, les veines de la pie-mère et des corps striés, etc.; congestionne visiblement le foie, la rate, etc.; injecte et teint en violet la muqueuse gastro-intestinale, ou, pour mieux dire, toutes les muqueuses, et aussi les tégumens, notamment dans les endroits les plus déclives.

F. Dans certains cas où l'emphysème a donné aux poumons un volume énorme, l'autopsie, — je ne dois pas oublier de le dire, — conformément à ce que le diagnostic avait déjà pu faire reconnaître sur le vivant par voie de percussion, d'auscultation et de palpation, — constate le refoulement extraordinaire du diaphragme, l'abaissement du foie et autres viscères sous-diaphragmatiques, à tel point, par exemple, que M. Prus a une fois vu le bord inférieur de l'estomac n'être plus à distance du pubis que de quatre travers de doigt seulement (*loc. cit.*, observ. IV).

G. Quelquefois, on constate la propagation de l'emphysème à l'extérieur du poumon, même sans rupture du feuillet pulmonaire de la plèvre, mais par l'intermédiaire du tissu cellulaire lâche qui, à la racine des poumons, sépare les deux feuillets de cette membrane séreuse. C'est de là que l'air peut fort bien s'infiltrer de proche en proche au-dessous du feuillet costal, voire même dans tout l'espace des médiastins, puis au cou, etc.

1089. *De la nature chimique des gaz qui constituent l'emphysème pulmonaire.* — A cet égard, je ne sache pas d'autres renseignemens à donner que ceux qui sont consignés dans une note de la dernière page du Mémoire de M. Prus. Je me bornerai donc à transcrire textuellement cette note.

« M. Desportes s'est occupé de l'emphysème pulmonaire, et a cherché » à déterminer quels sont les gaz retenus, *enchevêtrés*, dans le tissu » pulmonaire. A cet effet, il a recueilli, sous une cloche remplie d'eau, » les gaz contenus dans les parties emphysémateuses, en piquant celles- » ci tantôt avec une épingle, tantôt avec la pointe d'une lancette.

» Les gaz recueillis dans la cloche, toujours en petite quantité, ont » été essayés d'abord avec une bougie allumée. M. Desportes a constaté » que tantôt la bougie continuait à brûler, et que tantôt elle s'éteignait. » Quand le gaz n'entretenait pas la flamme de la bougie, il a été lavé » avec de l'eau de chaux. Quelquefois l'eau de chaux se troublait; quel- » quefois aussi elle restait sans altération. M. Desportes s'est cru autorisé » à conclure de ces expériences que le gaz renfermé dans les cavités em- » physémateuses du poumon est, soit de l'air atmosphérique, soit de » l'acide carbonique, soit de l'azote.

» C'est ce dernier gaz que M. Bouchardat a trouvé dans les poumons » emphysémateux qu'il a eu occasion d'examiner.

» M. Desportes recommande aux personnes qui voudraient répéter ses » expériences une précaution essentielle : c'est, au moment où on dé- » tache le poumon, de lier la trachée-artère et les gros vaisseaux sanguins » sur un corps résistant placé dans leur cavité, afin de prévenir l'intro- » duction de l'air atmosphérique dans les cavités emphysémateuses. »

1090. *Complications les plus ordinaires en cas d'emphysème pulmonaire.* — A. D'abord, reconnaissons-le bien, chez les sujets atteints d'emphysème pseudo-vésiculaire, il y a pour règle générale, très générale, j'allais dire universelle, de deux choses l'une : ou bien un asthme proprement dit, un asthme nerveux, qui revient par accès plus ou moins fréquens, et c'est le cas ordinaire de ceux qui ont leur emphysème dès le jeune âge; ou bien une bronchite chronique, et c'est le cas surtout

particulier aux vieillards. Mais, en vérité, c'est à peine si nous avons là le droit de parler de complication, là où, il faut l'avouer, l'emphysème est une conséquence tellement naturelle et tellement immédiate des maladies que je viens de signaler.

B. Que l'emphysème pseudo-vésiculaire soit déjà lié à l'asthme ou à la bronchite, il y a encore une autre affection qui se rencontre, non pas le plus ordinairement, il s'en faut de beaucoup, mais assez fréquemment en surcroît de mal. Et cette autre affection, c'est l'hypertrophie cardiaque, dans l'histoire de laquelle j'avais déjà annoncé à mes lecteurs la complication dont il s'agit (719). Les auteurs s'accordent assez bien à dire que c'est particulièrement l'hypertrophie du cœur droit à laquelle on a alors affaire. Vu l'influence réciproque que la circulation et la respiration exercent l'une sur l'autre, la théorie comprend et prévoit également, ici, le rôle tour à tour protopathique et deutéropathique de l'hypercardiotrophie (719 et 720). Les recherches de M. Louis, toutefois, tendent à établir que le second rôle est la règle générale, sinon absolue : dans les huit cas où cet observateur a pu connaître avec précision le début de la dyspnée et celui des palpitations, les palpitations n'avaient paru que plusieurs années après la dyspnée ; et, tout compte fait, il résulte, en moyenne, qu'à la mort des malades, les palpitations dataient de sept ans, et la dyspnée, de trente.

1091. *Étiologie.* — A. Avant tout, plus on est avancé en âge, plus on a de prédisposition pour le développement de l'emphysème pulmonaire. Entre tous ceux qu'atteint cette maladie, incontestablement les vieillards forment le plus fort contingent : ce dont j'ai donné plus haut (1087. B.) la raison anatomique.

B. Bon nombre de faits, aussi précis qu'authentiques, observés et garantis par des hommes tels que MM. Marjolin, Jules Cloquet, Magendie, Ollivier d'Angers, Prus, etc., mettent aujourd'hui hors de doute quelles sont les causes qui peuvent déterminer un emphysème pulmonaire aigu. Ce sont les causes qui apportent tout-à-coup à la respiration un empêchement sinon absolu, du moins très considérable, surtout lorsque l'individu est encore plein de force et de vie ; de telle sorte que, sous de violents efforts d'expiration, l'air, qui ne trouve plus sa libre et facile issue, crève les vésicules pulmonaires et fait irruption dans le tissu cellulaire intervésiculaire, interlobulaire et sous-pleural. Ainsi en est-il lorsqu'on se noie, comme nous le voyons chez le gendarme dont M. J. Cloquet nous a donné l'observation. Ainsi en est-il dans le cas de strangulation complète ou même incomplète : quand, par exemple, on réussit à guérir l'asphyxie d'un homme qui s'est pendu, l'emphysème pulmonaire, comme l'a démontré M. Prus dans un mémoire *ad hoc*, reste encore là, et peut même persister dès lors à titre d'effet irrévocable, et, pour ainsi dire, de punition perpétuelle de la tentative de suicide. Ainsi en est-il, encore, dans des quintes extrêmement violentes de coqueluche. Ainsi en est-il, enfin, dans des efforts excessifs de tout genre ; et cela est facile à concevoir, puisque la physiologie nous apprend que la suspension momentanée de la respiration y joue constamment et nécessairement un rôle.

C. Faut-il, dans la catégorie des causes qui précèdent (B.), inscrire la colère ? Ollivier d'Angers n'a trouvé, chez un homme mort subitement dans un accès de cette passion, pas d'autre cause anatomique de la mort qu'un emphysème pulmonaire : mais cet homme avait depuis longtemps l'haleine courte ; nul doute que là, l'emphysème, déjà préexistant, n'ait été qu'aggravé par l'émotion morale, que poussé tout-à-coup jusqu'au degré mortel. Assurément, comme s'accordent à le dire la plupart des auteurs, la colère est nuisible et dangereuse aux asthmatiques. Mais se peut-il que, seule et par elle-même, elle produise d'emblée l'emphysème pulmonaire aigu ? Se peut-il qu'elle maintienne avec assez d'énergie et de durée l'occlusion spasmodique de la glotte pour amener un semblable effet ? En un mot, s'il est ordinaire et banal de dire qu'on est suffoqué de colère, cette manière de parler figurée et hyperbolique deviendrait-elle, dans quelques cas rares, littéralement exacte ?

D. Les expériences de M. Leroy d'Étiolles et de M. Magendie ont prouvé qu'en cas d'asphyxie, l'insufflation, loin d'être un moyen aussi utile qu'on le croyait pour rétablir la respiration, peut même ajouter à l'asphyxie un mal nouveau. Faite sans ménagement (et je ne parle pas seulement ici d'un imprudent emploi du soufflet, mais je veux parler aussi du simple souffle d'un homme qui, par un zèle peu éclairé, soufflerait avec trop de vigueur dans la bouche d'un asphyxié) ; donc, encore une fois, sachons-le bien, faite sans ménagement, l'insufflation produit l'emphysème pulmonaire, et, si celui-ci existait déjà, ne manque pas de l'aggraver. Mieux vaudrait peut-être, soit dit en passant, frapper d'interdiction complète une si périlleuse ressource, que de la laisser figurer dans les instructions vulgaires qui concernent les secours à donner aux personnes noyées et asphyxiées.

E. Une fois qu'on a bien reconnu les causes si claires et si frappantes de l'emphysème pulmonaire aigu (B.), l'étiologie de l'emphysème pulmonaire chronique, moins évidente de prime-abord, plus difficile à élucider à l'égard de chaque malade, avec des renseignemens commémoratifs presque toujours vagues et incertains, me semble dès lors éclairée de la plus vive lumière. Dès lors, il n'est plus permis de maintenir là-dessus quelque système exclusif ; de professer, par exemple, que l'emphysème pseudo-vésiculaire et l'asthme nerveux ne font qu'un. Dès lors, on est forcé de reconnaître que tout ce qui gêne la respiration,

sans agir cependant avec assez de violence à un moment donné pour déterminer l'emphysème aigu, n'en est pas moins de nature à produire le déchirement des vésicules pulmonaires, et infiltrer d'air à la longue le tissu intervésiculaire dans toute ou presque toute l'étendue des poumons. Ainsi, par exemple, à nos yeux, indépendamment de l'asthme nerveux et de la bronchite, qui sont sans comparaison les causes les plus fréquentes de l'emphysème pulmonaire chronique (1090. A.), les maladies du cœur doivent quelquefois, même sans l'intermédiaire d'une bronchite, entraîner le développement du susdit emphysème.

1092. *Diagnostic.* — Résumons très brièvement les signes principaux d'après lesquels on peut diagnostiquer avec une entière certitude ou présumer avec plus ou moins de vraisemblance l'existence de l'emphysème pulmonaire. 1° Avant tout, la sonorité exagérée du thorax à la percussion, d'une part, — et quant à l'auscultation, d'autre part, la faiblesse ou la nullité du bruit respiratoire : voilà les deux signes physiques dont la réunion a une valeur pathognomonique, les deux signes qui seuls suffisent, les deux signes sans lesquels l'emphysème, si tant est qu'il existe déjà, ne saurait être positivement reconnu. 2° Un autre signe physique d'une importance secondaire, mais encore assez grande, ce sont les voussures thoraciques, surtout lorsque le médecin les voit lui-même se développer, ou qu'un malade intelligent et attentif à s'observer assure les avoir vues naître et grandir : sans doute c'est là un signe superflu, et, s'il m'est permis d'ainsi dire, surérogatoire à l'égard de ce que j'appellerai le diagnostic simple et brut du cas donné; mais ce signe nous éclaire sur l'intensité du mal. 3° Enfin, mais en sous-ordre, et avec différens degrés de valeur, comme signes propres à faire présumer l'emphysème pulmonaire sans le secours de l'examen stéthoscopique, et à en établir, au besoin, le diagnostic rétrospectif ou bien la prodiagnose (107), rappelons l'emphysème du cou, la dyspnée habituelle, les attaques répétées d'asthme, la bronchite chronique ou les fréquens retours de bronchite aiguë, les palpitations, etc., etc.

1093. *Pronostic.* — L'emphysème pulmonaire aigu, véritablement aigu dans toute la force du terme, c'est-à-dire produit entièrement d'emblée, et non pas greffé sur un emphysème pseudo-vésiculaire, peut parfois aboutir à une guérison radicale, quelque grave qu'il se soit montré dans ses apparences symptomatiques, et même après avoir mis l'homme au seuil de la tombe. Mais l'emphysème pulmonaire chronique, une fois bien déclaré, est un mal incurable, qui ne peut plus que s'accroître d'année en année; qui, tant qu'il est seul, à la vérité, ne va jusqu'à entraîner la mort que par exception rare, mais qui contribue fortement à aggraver les chances funestes en cas d'intervention de maladies nouvelles du côté des poumons ou du cœur.

1094. *Thérapeutique.* — A. L'opium, voilà le remède le plus efficace pour calmer la dyspnée des sujets atteints d'emphysème pulmonaire, toutes les fois que la dyspnée est portée à un degré intolérable. En pareille circonstance, M. Prus n'a pas craint de pousser progressivement la dose d'extrait gommeux jusqu'à 60 et même 80 centigrammes par jour (Prus, *loc. cit.*, observ. IV); et il a eu grandement raison. L'utilité de l'opium dans le traitement de l'emphysème pulmonaire est une des vérités thérapeutiques le plus solidement établies aujourd'hui. M. Louis, n'oublions pas de lui rendre justice, n'a pas peu contribué à répandre cette vérité en la proclamant comme un résultat évident du relevé statistique des observations d'après lesquelles il a composé son mémoire si excellent et si justement réputé classique. Au reste, c'est au tact du praticien habile de varier à propos, selon le besoin, les préparations et les doses du médicament héroïque, dont, après tant d'autres auteurs, mais avec une conviction personnelle fondée sur ma propre pratique, je recommande vivement l'usage.

B. On peut aussi, avec avantage, avoir recours à d'autres narcotiques, tels que la belladone, la jusquiame, etc. Un des moyens les plus usités en ce genre, c'est de fumer des feuilles de stramonium, soit roulées en cigare, soit mises tout simplement dans une pipe.

C. Émissions sanguines, notamment par la phlébotomie ou par les sangsues à l'anus : toutes les fois qu'il y a des signes manifestes d'une congestion excessive du système veineux, et que la ressource dont il s'agit n'est pas absolument contre-indiquée par le misérable état des forces.

D. Les vomitifs sont-ils quelquefois utiles pour remédier à la dyspnée suffocante? M. Prus l'affirme par expérience, pour les avoir administrés avec un certain succès dans quelques cas. Mais il semble, en théorie, qu'ils peuvent, quelquefois aussi, être fort nuisibles : car les efforts qu'exige le vomissement sont de nature à augmenter l'emphysème. Cet inconvénient est-il compensé, et au-delà, par les effets révulsifs de la médication? Tout bien pesé, en un mot, de quel côté la balance pencherait-elle? Serait-ce pour ou contre les vomitifs? C'est là une question qui ne me paraît pas du tout vidée.

E. Au contraire, tout le monde s'accorde à approuver et à prescrire, dans les crises de suffocation, divers autres moyens de révulsion qui ne peuvent que faire du bien. Lavemens purgatifs, pédiluves et manuluves irritans, sinapismes aux mollets, aux cuisses, sur les bras, etc. Recommandons même les cataplasmes sinapisés et les sinapismes sur le cou, sans adhérer toutefois de pleine et entière conviction à l'opinion de M. Prus, sans être parfaitement convaincu, comme il nous le dit, que la révulsion cutanée ait là plutôt qu'ailleurs des avantages particuliers,

et que nous exercions là je ne sais quelle action sur les colonnes respiratrices de la moëlle.

ARTICLE IV.

TYMPANITE UTÉRINE.

1095. *Bibliographie.* — PSEUDO-HIPP. — Dans le *Traité de la nature du fœtus* (Περὶ φύσις παιδίου). — Ed. Kuhn, t. I, p. 417-8. — Comme quoi certaines femmes se croient en état de grossesse lorsqu'elles n'ont dans l'utérus rien autre chose qu'une flatuosité (Φῦσα). — C'est bien là, certes, un aperçu de la tympanite utérine.

SENNERT. — (*Practic. medicin.*) Lib. IV, part. I, sect. II, cap. 10, *De uteri inflatione.*

SAUVAGES. — (*Nosol. meth.*) Class. X, *Cachexiæ*, gen. XIV, *Physometra :* sp. 1, *Ph. sicca*, — sp. 2, *Ph. humida* (selon que la tympanite utérine existe à l'état de simplicité, ou bien en complication avec l'hydromètre ou l'hydramnios).

J.-P. FRANK. — *Loc. cit.* (1064), § 726. — (*Pneumatosis uterina*).

DUGÈS. — (Dans le *Dict. de méd. et de chirurg. prat.*, — t. XIII, p. 67-8). — Art. *Physométrie.*

LISFRANC. — (*Clinique chirurg. de l'hôpital de la Pitié*). T. III, p. 321. (Observation d'une tympanite utérine liée à la présence d'une môle charnue ; éruption, de temps à autre, de flatuosités bruyantes par l'orifice du col utérin ; guérison radicale après l'expulsion de la môle.)

TESSIER (de Lyon). *De l'hydropisie et de la tympanite utérines hors de l'état de gestation.* Mémoire déjà cité (953).

1096. *Nosologie.* — A. Sous le titre de *Tympanite utérine*, nous embrassons et allons envisager ici génériquement tous les cas sans exception dans lesquels la cavité de l'utérus devient le siége d'une accumulation d'air ou de gaz quelconques ; quoique, à vrai dire, le terme que nous adoptons soit bien mieux fait pour désigner naturellement, dans ce genre nosographique, une espèce particulière de cas où ladite accumulation est portée au point de constituer une intumescence très notable de l'utérus, et, partant, de produire certaines apparences de grossesse plus ou moins avancée.

B. *Synonymes :* — Pneumatose utérine, Physomètre ou Physométrie, de divers auteurs ; — *Hysterophyse*, de Vogel, genre CCCXVII (66).

C. Voici maintenant quels sont les principaux symptômes qui se font observer en cas de pneumatose utérine. 1° Éruption, par la vulve, de gaz inodores ou fétides, que la femme sent quelquefois elle-même provenir de l'utérus, et qui font en s'échappant au dehors un bruit plus ou moins distinct, une sorte de *rot vaginal* plus ou moins retentissant : c'est là l'*œdopsophie utérine* de certains auteurs (961 et 1068. A. E.) ; indépendamment de la sensation interne qu'éprouve la femme, et cette sensation, d'ailleurs, laissât-elle même ignorer d'où partent les flatuosités des voies génitales, on a la preuve qu'elles partent de l'utérus toutes les fois qu'on détermine leur issue en pressant le viscère à travers la paroi hypogastrique, toutes les fois qu'avec ou sans le concours d'une telle pression l'intumescence du viscère s'affaisse au fur et à mesure de l'évacuation gazeuze. 2° Présence d'une tumeur dans l'hypogastre, — tumeur plus ou moins volumineuse, et qui peut parfois, dit-on, s'étendre largement dans les flancs, s'élever jusqu'au nombril, et même au-delà ; tumeur régulière, arrondie, et qui, en raison de son siége et de sa forme, se laisse aisément reconnaître à un toucher méthodique pour être due au développement de l'utérus ; tumeur donnant à la percussion pratiquée sur l'hypogastre un son clair et tympanique, et se montrant, au doigt qui la soulève au fond du vagin, beaucoup plus légère que ne le serait l'utérus développé au même degré par l'état de grossesse. Il est, au surplus, facile de comprendre et de prévoir qu'avec une pareille tumeur, la femme ait à se plaindre de fréquentes mictions, de tiraillemens dans les aines, de douleurs lombaires, de pesanteurs au périnée, etc. Ajoutons que l'éruption des gaz, qui constituent par leur accumulation la tympanite utérine, n'a lieu, dans certains cas, qu'au prix de coliques atroces, qu'au prix de douleurs semblables à celles de l'accouchement.

D. Quelquefois la pneumatose utérine, surtout en tant que simple émission de gaz sans intumescence notable de l'utérus, n'est qu'un accident passager et d'infiniment peu d'importance, un épiphénomène plutôt qu'une maladie, quelque chose de singulier et d'étonnant, plutôt qu'un véritable trouble de la santé : dans quelles circonstances particulières cela se produit-il, c'est ce que l'étiologie nous dira tout-à-l'heure. Quelquefois, au contraire, la tympanite utérine est telle, acquiert un tel développement, dure une telle longueur de temps, amène une telle gêne et de telles douleurs, qu'elle constitue réellement une maladie dans toute la force du terme. Tout au moins la femme croit-elle être en état de grossesse, lorsqu'une tympanite utérine dure des mois entiers sans laisser échapper de gaz, et en supprimant, comme de raison, le flux menstruel, en amenant, par conséquent, des symptômes de pléthore accidentelle (159. B.), tels qu'une grossesse pourrait les produire. Dans certains cas, en effet, ce n'est qu'au bout de plusieurs mois, au bout d'une année, ou même davantage, que la masse gazeuse accu-