

tose cesse de s'effectuer convenablement, les poumons s'en-gouent, et la mort survient au bout de peu de jours, le fait que je viens de citer n'est-il pas à rapprocher de cet ordre de faits? Il y a eu également diminution graduelle, et enfin cessation de l'influence exercée par la huitième paire sur la transformation du sang veineux en sang artériel; de là, la dyspnée toujours croissante, etc. Si l'on ne veut pas admettre cette cause de la dyspnée, il faudra alors reconnaître que la gêne de la respiration, très-considérable, présentée par le malade qui fait le sujet de cette observation, a existé sans qu'on ait pu retrouver sur le cadavre aucune lésion qui puisse en rendre compte; car je ne pense pas que les tubercules, très-petits et très-peu nombreux, trouvés dans les poumons, puissent, en aucune manière, expliquer cette dyspnée, comparable, sous le rapport de son intensité, à celle qui se manifeste dans le cours des plus graves affections organiques du cœur.

## SECTION DEUXIÈME.

### OBSERVATIONS SUR LA PLEURO-PNEUMONIE.

58. L'inflammation du parenchyme pulmonaire est aujourd'hui une des maladies les mieux connues. Dans le plus grand nombre des cas, le diagnostic en est simple et le traitement peu compliqué. Cependant l'histoire de la pneumonie présente encore quelques lacunes à remplir, ou du moins quelques points sur lesquels on peut encore appeler l'attention avec avantage. Existant souvent sans être accompagnée de tous les symptômes qui la caractérisent ordinairement, et souvent même ne révélant son existence par aucun de ces symptômes, la pneumonie est alors d'un diagnostic très-difficile. Cette forme latente a été déjà décrite, sans doute, par Stoll et par ses successeurs; mais de nouvelles observations sur ce sujet nous semblent être devenues nécessaires par la découverte de la méthode de l'auscultation.

Dans certains cas, au contraire, plusieurs des symptômes de la pneumonie apparaissent, bien qu'il n'y ait pas véritablement inflammation du parenchyme pulmonaire; et, sous le triple rapport du diagnostic, du pronostic et du traitement, ces sortes de pseudo-pneumonies doivent être soigneusement étudiées. La pneumonie peut compliquer d'autres affections, ou être compliquée par elles; souvent alors cette phlegmasie revêt, pour ainsi dire, une sorte de physionomie particulière, à travers laquelle il faut s'habituer à la reconnaître, pour faire la part des accidents qui dépendent d'elle, et de ceux qui lui sont étrangers. Peut-être l'attention, sous le rapport du diagnostic et du pronostic, n'a-t-elle pas encore été assez fixée sur l'inflammation des lobes pulmonaires supérieurs. Peut-

être n'a-t-on point encore assez insisté, soit sur les pneumonies doubles qui envahissent à la fois les deux poumons, soit sur les pneumonies circonscrites, qui n'existent que dans quelques lobules isolés. Après avoir trop multiplié, dans les siècles précédents, les espèces de pneumonies, n'est-on pas tombé aujourd'hui dans un excès contraire? Faut-il, par exemple, rayer entièrement du cadre nosologique des pneumonies bilieuses ou adynamiques? Faut-il rejeter dans tous les cas l'existence d'un état inflammatoire général qui précède la pneumonie, comme, dans le rhumatisme, cet état général précède souvent l'inflammation articulaire?

La pneumonie est une des maladies dont la terminaison heureuse semble coïncider le plus manifestement avec l'apparition de ces mouvements perturbateurs de la nature, que l'on désigne sous le nom de *crises*; les observateurs modernes nous paraissent avoir un peu négligé ce point important de l'histoire des phlegmasies pulmonaires. Les terminaisons de la pneumonie, soit par gangrène, soit par formation d'un abcès, ne sont pas encore suffisamment connues; leur existence même est problématique pour quelques personnes; la science réclame encore sur ce point des observations nouvelles et d'impartiales discussions. Enfin, le traitement de la pneumonie, si simple, si bien tracé dans une foule de cas, est dans beaucoup d'autres obscur et incertain. Il serait important de préciser par des exemples cliniques jusqu'à quel point peuvent être portées avec avantage les émissions sanguines, à quelle époque ou plutôt dans quelles conditions on doit s'en abstenir et les remplacer par des convulsifs; dans quelles circonstances on peut même avoir recours avec avantage à une médication plus ou moins tonique.

Dans les observations que nous allons rapporter, nous insisterons particulièrement sur ces différents points.

## CHAPITRE PREMIER.

PLEURO-PNEUMONIES ANNONCÉES PAR L'ENSEMBLE DE LEURS SYMPTÔMES CARACTÉRISTIQUES.

### ARTICLE PREMIER.

PLEURO-PNEUMONIES AU PREMIER DEGRÉ (engouement).

#### I<sup>re</sup> OBSERVATION.

Un facteur, âgé de trente-trois ans, ressent, dans la soirée du 1<sup>er</sup> février 1822, une douleur au-dessous du sein gauche. Dans la nuit, il éprouve des alternatives de froid et de chaleur; il tousse beaucoup.

Dans la matinée du 3 février, deuxième jour de la maladie, il présente l'état suivant: Râle crépitant à gauche en arrière, depuis le niveau de l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'à la base du thorax, murmure respiratoire fort et net partout ailleurs. Conservation de la sonorité des parois thoraciques. Crachats rouillés, transparents, visqueux, se détachant encore du vase lorsqu'on l'incline. Toux peu fréquente; douleur au-dessous du sein gauche, augmentant par la percussion la toux et les mouvements inspiratoires. Respiration haute, ac élérée, diaphragmatique. Pouls fréquent et plein; peau chaude et sèche. Fonctions digestives intactes. On porta pour diagnostic: *Inflammation au premier degré du lobe inférieur du poulmon gauche.* On prescrivit une saignée de seize onces sur-le-champ; le soir, une seconde saignée de douze onces,

l'application de vingt-quatre sangsues sur le côté gauche, des tisanes émoullientes.

Le lendemain, troisième jour, il y avait un amendement notable; la respiration était plus libre, la douleur du côté presque nulle; l'on n'entendait plus à gauche en arrière qu'un peu de râle crépitant avec mélange de ce murmure inspiratoire qui annonce la libre entrée de l'air dans les vésicules pulmonaires; les crachats avaient perdu leur viscosité et leur teinte rouillée. Le sang des deux saignées présenta un aspect bien différent: le sang tiré le matin offrit un caillot nageant au milieu de beaucoup de sérosité et recouvert d'une couenne dense, épaisse, à bord retroussé; le sang tiré le soir était formé au contraire par un large caillot sans couenne et sans sérosité autour de lui. Les deux saignées avaient été cependant pratiquées de la même manière; mais, lorsque la première fut faite, il y avait une forte inflammation; elle avait considérablement diminué lors de la seconde émission sanguine. Ne doit-on pas rattacher à la différence de l'état du poumon l'aspect différent des deux saignées? Quoi qu'il en soit, il était évident que, sous l'influence d'un traitement puissamment antiphlogistique, la phlegmasie pulmonaire avait rétrogradé; ce n'était plus le lieu de faire aucune médication active, et l'on devait espérer que, par la simple continuation de la diète et des émoullients, la pneumonie ne tarderait pas à se résoudre complètement; mais vers le soir les symptômes s'exaspérèrent, et dans la matinée du quatrième jour nous trouvâmes la respiration très-accélérée, les crachats redevenus rouillés, et le murmure inspiratoire entièrement masqué à gauche en arrière par un râle crépitant très-fort; le pouls était très-fréquent et dur; une saignée de seize onces fut sur-le-champ pratiquée. Le sang, comme celui de la première saignée, se couvrit d'une couenne épaisse.

Cependant le cinquième jour aucune amélioration n'eut lieu. — Le sixième, le malade, dans un état de demi-orthopnée, pouvait à peine prononcer quelques mots d'une voix halétante; il expectorait avec peine des crachats rouillés et très-visqueux: le même râle persistait en arrière; la sonorité des parois thoraciques se conservait (*vingt-quatre sangsues sur la poitrine; deux vésicatoires aux jambes*). — Dans la journée, le malade fut dans un état d'anxiété extrême, il se plaignait d'étouffer et invoquait la mort. Le soir, commencement du septième jour, la peau, sèche jusqu'alors, devint moite, et toute la nuit elle fut couverte d'une sueur abondante qui persistait encore le lendemain matin. L'état du malade avait subi une étonnante amélioration; la respiration n'était plus que médiocrement gênée; l'expectoration était purement catarrhale, le pouls à peine fébrile; on entendait encore un râle crépitant assez marqué.

Le huitième jour, ce râle, remplacé en partie par le bruit naturel de la respiration, ne s'entendait plus qu'en quelques points isolés. Le malade se trouvait très-bien; mais quoiqu'il n'accusât plus aucune dyspnée, on remarquait encore une légère accélération dans les mouvements respiratoires, ce qui était d'accord avec les signes fournis par l'auscultation. Le pouls conservait un peu de fréquence, sans que la peau fût chaude. Les sueurs avaient cessé depuis plusieurs heures.

Le neuvième et le dixième jour la respiration revint tout-à-fait à son état naturel; le pouls reprit son rythme physiologique. — Convalescent les jours suivants, le malade ne tarda pas à quitter l'hôpital.

L'inflammation du parenchyme pulmonaire ne paraît point dans ce cas avoir dépassé le premier degré ou celui dans lequel il n'y a qu'engorgement inflammatoire sans hépatisation.

Qu'observâmes-nous en effet? Du râle crépitant sans diminution de la sonorité des parois thoraciques. S'il y avait eu hépatisation, un son mat aurait existé. Voilà un des cas où l'on ne saurait nier la grande utilité de la méthode de l'auscultation; sans elle, le diagnostic eût été beaucoup moins précis, et le pronostic plus incertain. A l'aide de l'auscultation, nous pûmes suivre les diverses périodes d'augmentation et de diminution de l'engouement inflammatoire. Nous fûmes avertis qu'il était moindre, à mesure que le râle crépitant fut peu à peu remplacé par le murmure naturel de l'inspiration.

Les autres symptômes confirmèrent d'ailleurs les signes fournis par l'auscultation : ils s'amendèrent chaque fois que le râle diminua; ils s'exaspérèrent chaque fois que ce râle, en augmentant, masqua le murmure inspiratoire.

Un amendement notable eut lieu dès le troisième jour, à la suite des abondantes émissions sanguines qui furent alors pratiquées; mais comme si, malgré l'influence de nos moyens thérapeutiques, les maladies étaient assujetties dans leur cours à de certaines lois de durée qu'il n'est pas en notre pouvoir de changer, la nature reprit en quelque sorte ses droits, et jusqu'au septième jour la pneumonie ne cessa de s'annoncer par des symptômes de plus en plus graves. Les nouvelles émissions sanguines qui furent pratiquées n'eurent aucun résultat avantageux. Le sixième jour surtout le pronostic semblait être des plus fâcheux : la gêne extrême de la respiration, l'état d'anxiété du malade, son profond découragement étaient du plus triste augure. Le septième jour, tout change de face : une sueur abondante s'établit; dès lors les symptômes graves disparaissent et la pneumonie marche franchement et promptement vers la résolution. Pourra-t-on ne pas ranger au nombre des phénomènes critiques ce mouvement fluxionnaire dont la peau devint le siège?

Cette observation tend d'ailleurs à confirmer deux points de l'ancienne doctrine des crises : 1° l'exaspération des symptômes avant l'apparition de la crise; 2° l'époque de la maladie à laquelle cette crise apparut, le septième jour. Elle montre enfin qu'une médication active ne s'oppose pas toujours à ce que les crises aient lieu.

## II. OBSERVATION.

Un bijoutier, âgé de vingt-neuf ans, entra à la Charité, atteint depuis trois jours d'une pleuro-pneumonie qui avait débuté par un violent frisson, point de côté à droite, toux et dyspnée. Le deuxième jour le frisson avait été remplacé par une forte chaleur qui n'avait pas cessé depuis; le point de côté avait cessé, la dyspnée avait augmenté. Lorsque cet individu fut soumis à notre examen, il n'avait encore subi aucun traitement actif; il expectorait, depuis la veille seulement, des crachats rouillés, transparents et visqueux. Dans la partie latérale droite du thorax, dans l'étendue à peu près du lobe inférieur du poumon de ce côté, on entendait du râle crépitant qui n'était pas assez fort pour masquer complètement le murmure inspiratoire. Dans cette même partie, la poitrine percutée résonnait un peu moins qu'à gauche; une fièvre intense existait; la langue était un peu rouge, le ventre souple et indolent, les selles ordinaires. (*Application de vingt sangsues sur le point douloureux; saignée de seize onces; boissons émollientes.*)

Le lendemain, quatrième jour, le point de côté avait disparu; le malade assurait l'avoir senti diminuer à mesure que le sang coulait des piqûres des sangsues. Les autres symptômes persistaient; le sang tiré la veille était couvert d'une couenne épaisse (*saignée de douze onces*). Aspect du sang semblable à celui de la première saignée.

Cinquième jour, persistance de la dyspnée, de la toux et des crachats rouillés; décubitus constant sur le dos. Mêmes renseignements fournis par l'auscultation et la percussion. Pouls très-fréquent et peu résistant; peau brûlante et sèche; langue blanche, un peu rouge sur les bords; soif vive; constipation. (*Quinze sangsues à l'anus.*)

Sixième jour, dans la matinée, léger trouble des facultés intellectuelles, face rouge, yeux brillants; persistance des autres symptômes. Dans la journée, grande agitation; augmentation notable de la dyspnée. Le soir, une diarrhée spontanée s'établit. La nuit, dix ou douze selles eurent lieu, fournies d'abord par des matières dures et fétides, puis par une grande quantité d'un liquide séreux légèrement coloré en jaune.

Dans la matinée du septième jour, le malade, loin d'être fatigué par cet abondant flux du ventre, était au contraire infiniment mieux que la veille, la respiration paraissait libre; le râle crépitant était presque entièrement remplacé par le bruit naturel de la respiration; la poitrine résonnait également bien partout; les crachats ne contenaient plus de sang; on observait à peine un léger mouvement fébrile. Les jours suivants, convalescence et prompt rétablissement. La diarrhée continua encore pendant les vingt-quatre heures suivantes.

Une grande analogie existe entre cette observation et la précédente, sous le rapport du mode de terminaison de la maladie. Le siège de la crise fut seul différent; mais dans l'une et dans l'autre nous voyons également une amélioration subite et inespérée suivre l'apparition d'une sueur chez le premier malade, et l'apparition d'un flux de ventre chez le second. Chez tous deux ces évacuations surviennent à peu près à la même époque; chez tous deux elles sont précédées d'une exas-

pération générale des symptômes. Nous avons d'ailleurs rarement observé dans la pneumonie une diarrhée véritablement critique; mais plus d'une fois nous avons remarqué qu'un flux de ventre modéré, qui s'établissait vers la fin d'une pneumonie, semblait donner lieu à une révulsion lente et salutaire qui pouvait favoriser la résolution de l'inflammation. C'était alors une sorte de *lysis*, comme disait Galien, plutôt qu'une véritable crise. Il est enfin d'autres diarrhées qui, symptomatiques d'une vive inflammation intestinale, ne font qu'accroître le danger de la pneumonie. Nous trouverons plus tard l'occasion de revenir sur ce sujet.

La douleur pleurétique fut brusquement enlevée par les émissions sanguines. Quant à l'inflammation du parenchyme, les saignées purent la modérer et contribuer efficacement à son heureuse terminaison; mais elles ne l'enlevèrent pas, et cette circonstance nous fournit encore un nouveau point de comparaison entre cette observation et la précédente. Il n'est pas douteux que les phlegmasies des membranes séreuses et muqueuses ne cessent souvent tout-à-coup sous l'influence des émissions sanguines. Je ne crois pas que la saignée puisse ainsi faire cesser brusquement les inflammations parenchymateuses, et, en particulier, celles du poumon.

Chez ce malade, l'invasion de la maladie fut marquée par le frisson et l'apparition du point de côté; c'est le cas le plus ordinaire. Les crachats caractéristiques se montrèrent dès le deuxième jour. L'existence constante du râle crépitant, avec conservation d'un peu de murmure inspiratoire, annonça que la pneumonie n'avait pas dépassé le premier degré; la diminution légère de sonorité du côté gauche fut d'ailleurs un indice qu'ici l'engorgement inflammatoire était plus intense, plus près de l'hépatisation que chez le sujet de la première observation. Ici, cependant, le retour de l'organe à l'état sain

fut beaucoup plus rapide : en vingt-quatre heures la résolution parut être complète.

### III. OBSERVATION.

Un journalier, âgé de trente-cinq ans, entra à la Charité, atteint d'un rhumatisme articulaire peu intense et d'une bronchite aiguë. Il avait à peine un léger mouvement fébrile. Deux saignées, pratiquées dans l'espace de quarante-huit heures, firent disparaître les douleurs de rhumatisme; mais la bronchite ne céda pas. Pendant les trois ou quatre jours suivants, on ne donna que des boissons émollientes. Au bout de ce temps, le malade s'exposa au grand air, étant très-légèrement vêtu. Le soir même, réapparition de la fièvre, dyspnée, toux plus fréquente. Le lendemain matin, 9 avril, ces symptômes persistaient; ils furent regardés comme le résultat d'une exaspération de la bronchite : quinze sangsues furent appliquées au bas du sternum. Le 10, la gêne de la respiration avait encore augmenté, et les crachats étaient devenus visqueux et rouillés. Nous fûmes dès lors éclairés sur la véritable nature de la maladie; nous ne doutâmes plus que la phlegmasie des bronches ne se fût propagée au parenchyme pulmonaire. L'auscultation fit en effet reconnaître du râle crépitant en divers points de la poitrine, tant à droite qu'à gauche. Ce râle n'existait que par places isolées; peu étendues, et dans leurs intervalles l'on entendait nettement l'entrée de l'air dans les vésicules pulmonaires. La sonorité des parois thoraciques n'était nulle part diminuée. Une saignée de seize onces fut pratiquée.

11 et 12 avril (troisième et quatrième jour de l'invasion présumée de la pneumonie), le râle se fit entendre dans un plus grand nombre de points, sans que le son obtenu par la per-

cussion devint plus obscur. Les crachats acquirent une viscosité plus grande et une teinte plus fortement rouillée; la fièvre était intense, la dyspnée médiocre. Une nouvelle saignée de huit onces fut pratiquée le 11; et, le 12, un vésicatoire fut appliqué sur le devant de la poitrine. Le sang tiré le 10 et le 11 se couvrit d'une couenne épaisse.

Le 15 avril, cinquième jour, la peau, sèche jusqu'alors, commença à se couvrir d'une douce moiteur. Même état d'ailleurs. (*Boissons émollientes.*)

Sixième et septième jour, sueurs continuelles; état stationnaire des symptômes de la pneumonie.

Huitième jour, persistance de la sueur; diminution de la viscosité et de la teinte rouillée des crachats; respiration moins gênée; toux plus rare; râle crépitant moins étendu; pouls plein, ondulant, plus fréquent.

Neuvième jour, cessation de la sueur. Retour des crachats à l'état catarrhal. Le malade assure ne plus éprouver de gêne dans la respiration, qui, cependant, est encore un peu accélérée. On n'entend plus qu'un râle crépitant très-faible en quelques points.

Dixième et onzième jour, ce râle persiste avec un peu de fréquence du pouls. Du reste, le malade n'offre plus que les symptômes d'une simple bronchite. On ajoute aux boissons émollientes un looch kermésisé et une pinte de décoction de racine de polygala.

Le douzième jour, le râle crépitant a entièrement disparu. Les sept ou huit jours suivants, la toux diminue progressivement, et le malade quitte bientôt l'hôpital dans un état parfait de santé.

Chez ce malade, le début de la pneumonie ne fut pas le même que chez les deux précédents. Aucune douleur pleuré-

tique, aucun frisson ne l'annoncèrent, et l'on put croire d'abord que, sous l'influence du froid auquel s'était exposé le malade, la bronchite s'était simplement exaspérée. De là, la série des symptômes observés le 8 et le 9 avril. Mais bientôt l'aspect des crachats annonça l'existence d'une inflammation du parenchyme pulmonaire. Cette inflammation elle-même nous offre une autre particularité; elle n'occupait point (comme c'est le cas le plus ordinaire) une portion déterminée des poumons; elle était, en quelque sorte, disséminée sur une foule de points isolés, entre lesquels le parenchyme avait conservé son état sain. C'est ce qu'apprenait l'auscultation. Il semblait qu'en se propageant de la muqueuse bronchique au tissu pulmonaire, l'irritation n'eût frappé que les portions de ce tissu qui entouraient les bronches les plus enflammées. Il y avait véritablement dans ce cas une foule de pneumonies partielles.

Ici, encore, l'apparition d'une sueur abondante, vers le cinquième jour, coïncide avec une amélioration des symptômes; mais, au lieu de ne durer que quelques heures, comme chez le sujet de la première observation, et d'amener un amendement brusque de la maladie, cette sueur persiste pendant près de quatre jours, et, pendant ce temps, l'amélioration ne se fait que d'une manière lente et progressive. Après que tous les symptômes rationnels de la pneumonie ont disparu, il reste encore un peu de râle, indice assuré que la résolution de la phlegmasie pulmonaire n'est pas encore achevée. Ce reste de râle disparaît enfin le douzième jour. L'inflammation de la muqueuse bronchique, qui avait préexisté à la pneumonie, lui survit encore pendant quelques jours. Observés dans ces diverses périodes, les crachats fournissent sur l'état des organes des renseignements non moins positifs que l'auscultation. Comparons maintenant cette observation et les deux précé-

dentes sous le rapport du début de la maladie, de sa marche, de son mode de terminaison, nous trouverons de bien remarquables différences. Eh bien! ce sont ces différences qu'il importe au praticien d'étudier et de connaître: de là dépend la certitude de son diagnostic.

La pneumonie fut combattue par les saignées et les révulsifs cutanés jusqu'au moment de l'apparition de la sueur. Dès lors, la maladie semblait marcher vers une terminaison heureuse, on laissa agir la nature. Enfin, lorsque toute espèce de réaction fébrile eut disparu, et qu'il ne semblait plus exister qu'un peu d'engouement du tissu pulmonaire, engouement annoncé par un reste de râle crépitant, on donna avec avantage quelques médicaments excitants, la racine de polygala et le kermès.

#### IV<sup>e</sup> OBSERVATION.

Un femme, âgée de trente-trois ans, fit de grandes courses dans Paris pendant les fortes chaleurs du commencement du mois de juin 1822. Le corps inondé de sueur, elle buvait une grande quantité d'eau fraîche. Bientôt elle ressentit un malaise général, de la céphalalgie, et tous les symptômes d'une courbature; puis l'appétit se perdit, et une diarrhée assez abondante s'établit. Cette diarrhée persista pendant huit ou dix jours; la malade garda la chambre et ne prit que quelques tisanes délayantes. Au bout de ce temps, le flux de ventre cessa et fut remplacé par un catarrhe pulmonaire intense. La malade, profondément abattue, entra alors à la Charité.

Lorsque nous la vîmes pour la première fois, elle était tourmentée par une toux fréquente, avec expectoration de crachats écumeux, transparents, incolores et très-visqueux. Les inspirations étaient courtes, rapprochées; la poitrine percutée