

dyspnée était plus considérable, la parole haletante. Ainsi, en même temps que la pleurésie s'amendait, l'inflammation du parenchyme s'était exaspérée et menaçait de passer au deuxième degré (*saignée de dix onces*). Le malade éprouva un mieux sensible après la saignée.

20, respiration plus libre, crachats moins visqueux, râle crépitant plus fort, avec mélange d'un léger bruit d'expansion pulmonaire; fièvre moindre. Dans la journée, abondante épistaxis.

21, une amélioration étonnante avait eu lieu, les crachats étaient devenus ceux du simple catarrhe. On n'entendait plus à droite qu'un peu de râle, mêlé au bruit naturel d'expansion pulmonaire. La parole était libre, le décubitus indifférent. L'apyrexie était complète. Aucun autre mouvement critique que l'épistaxis n'avait eu lieu.

Du 22 au 25, convalescence. Sortie de l'hôpital le 27.

La cause déterminante de cette pleuro-pneumonie paraît avoir été la violence extérieure qui porta sa principale action sur les parois thoraciques du côté droit. La vive douleur que ressentit d'abord le malade, et qu'aucun autre symptôme grave n'accompagnait, aurait pu être très-naturellement considérée comme le simple résultat de la contusion des parties molles qui recouvrent les côtes. Lorsque nous vîmes le malade, l'absence à peu près complète de la fièvre nous aurait engagé sans doute à adopter cette opinion, si l'aspect caractéristique des crachats et l'existence du râle crépitant ne nous eussent révélé la véritable nature de la maladie. Les jours suivants, les symptômes de la pneumonie se dessinèrent plus franchement, en même temps que la douleur pleurétique diminuait. Ces symptômes augmentèrent d'abord graduellement d'inten-

sité, au point de faire craindre un moment que la pneumonie ne passât du premier degré au second. L'époque de l'amendement de la maladie coïncida avec l'apparition d'une abondante hémorrhagie nasale.

## VIII. OBSERVATION.

Un maçon, âgé de vingt-six ans, pléthorique, fut atteint de la rougeole, dans le courant du mois de juillet 1822. Depuis cette époque jusqu'au mois de septembre il continua à tousser, ce qui ne l'empêcha pas de se bien porter d'ailleurs et de se livrer à ses occupations. Le 5 septembre, à huit heures du matin, il fut pris tout-à-coup d'une douleur au-dessous du sein gauche; il ressentit en même temps du frisson et vomit son déjeuner. Le 6 et le 7 la douleur persista, la toux habituelle augmenta, la peau fut constamment couverte de sueur. Le malade garda le lit et but du vin chaud sucré. Le quatrième jour il entra à l'hôpital et fut saigné. Le sang présenta une couenne épaisse, surmontant un caillot petit et dense qu'entourait beaucoup de sérosité. Au commencement du cinquième jour le malade était dans l'état suivant :

Respiration haute, accélérée, ne semblant pas gênée au malade : toux fréquente, avec expectoration; depuis deux jours, des crachats rouillés, transparents, médiocrement visqueux. Douleurs de côté ne se faisant sentir que dans les grandes inspirations et par une forte pression intercostale; râle crépitant dans toute l'étendue du lobe inférieur du poumon gauche; sonorité parfaite des parois thoraciques; décubitus sur le dos; pouls fréquent et plein; sueur générale, langue blanchâtre, soif, constipation (*saignée de douze onces; boissons émollientes*). Aspect du sang comme celui de

la première saignée. Dans la journée, malgré les deux saignées déjà pratiquées, la gêne de la respiration augmenta beaucoup.

Sixième jour, dyspnée beaucoup plus considérable que la veille; même aspect des crachats; existence du râle crépitant dans la totalité du poumon gauche; à droite, ce râle existe aussi dans quelques points du lobe inférieur: dans le reste du poumon de ce côté, la respiration s'entend avec une force extrême, le son n'est mat nulle part. Les battements artériels, forts et pleins, sont si fréquents, qu'on peut à peine les compter; une sueur abondante couvre toujours la peau. Il était évident que l'inflammation avait envahi, depuis vingt-quatre heures, une bien plus grande partie du tissu pulmonaire; partout, d'ailleurs, elle ne paraissait exister encore qu'au premier degré. Une troisième saignée de douze onces fut pratiquée. Sang couenneux comme celui des deux saignées précédentes.

Septième jour, même état que la veille. (*Six sangsues de chaque côté de la poitrine.*)

Huitième jour, la respiration était plus gênée que jamais. Le malade à demi assis dans son lit, et encore plein de vigueur, pouvait à peine prononcer quelques mots d'une voix haletante. Sa face, rouge et couverte de sueur, exprimait l'anxiété la plus vive. L'auscultation fit reconnaître du râle crépitant, excepté à droite en avant, dans l'espace compris entre la clavicule et le sein, où le murmure inspiratoire, très-net, s'entendait avec une force extraordinaire. On n'hésita pas à faire pratiquer une quatrième saignée de seize onces. Le caillot se montra aussi riche, aussi couenneux que dans les autres saignées. Cependant, tout le jour, la dyspnée devint de plus en plus forte. Dans la matinée du neuvième jour le malade ne pouvait plus véritablement respirer; assis dans son lit,

il contractait avec énergie tous ses muscles pour dilater le thorax; une teinte livide avait remplacé la rougeur vermeille que la face présentait les jours précédents. La cause de ce véritable état d'asphyxie commençante nous fut connue, lorsqu'en appliquant l'oreille sur les parois thoraciques, nous entendîmes un râle crépitant très-prononcé dans toute l'étendue des deux poumons. Une cinquième saignée, pratiquée sur-le-champ, rendit momentanément la respiration un peu plus libre; mais bientôt la suffocation devint de plus en plus imminente, et le malade succomba la nuit suivante dans un véritable état d'asphyxie.

#### OUVERTURE DU CADAVRE

Une grande quantité de sérosité rouge et spumeuse ruisselait des deux poumons, en quelque point qu'on les incisât. Le tissu pulmonaire était rouge, mais bien consistant, et partout surnageant à l'eau; la muqueuse bronchique offrait, dans toute son étendue, une rougeur violacée; d'énormes caillots noirs distendaient les cavités droites du cœur. Tous les viscères abdominaux étaient gorgés de sang.

La double pneumonie qui entraîna ce malade au tombeau fut moins funeste par son intensité que par son étendue. Partout, en effet, il n'y avait que simple engorgement sanguin; mais cet engorgement, occupant la totalité des deux poumons, était plus grave que n'aurait pu l'être l'hépatisation d'un seul poumon. A l'aide de l'auscultation, nous suivîmes avec une grande précision les progrès de la phlegmasie; bornée d'abord au lobe inférieur du poumon gauche, nous la vîmes s'étendre avec une effroyable rapidité au lobe supérieur de ce même poumon, puis envahir également de bas en haut le poumon

droit. Un traitement antiphlogistique très-actif ne put enrayer les progrès de cette inflammation. Le malade succomba d'une manière toute mécanique, en quelque sorte, comme s'il eût été étranglé ou étouffé.

Il est assez remarquable que, dans un cas d'inflammation aussi grave, la peau ait toujours été couverte d'une sueur abondante.

#### IX. OBSERVATION.

Un garçon marchand de vin, âgé de quarante-six ans, entra à la Charité le 12 janvier 1820. Exposé à un froid humide pendant toute la journée du 18, il eut du frisson dans la soirée, sentit une chaleur brûlante toute la nuit, et délira dans la journée du 19. Ce même jour, il commença à tousser. Le 20, troisième jour, intégrité des facultés intellectuelles, mais augmentation de la toux, légère dyspnée, fièvre. Soumis pour la première fois à notre examen dans la matinée du quatrième jour, le malade offrit l'état suivant : respiration accélérée, oppression. Toux fréquente, sans douleur, avec expectoration de crachats rouillés, visqueux et transparents (ces crachats caractéristiques n'existent que depuis la veille). Râle crépitant, ne masquant pas entièrement le murmure inspiratoire au-dessous des deux clavicules, depuis ces os jusqu'au niveau du sein, dans le creux des deux aisselles et dans les deux fosses sus-épineuses. Partout ailleurs respiration forte et nette; sonorité de la poitrine conservée; décubitus sur le dos; pouls fréquent et plein, peau chaude et sèche, langue blanchâtre; constipation. *Diagnostic* : engouement inflammatoire du sommet des deux poumons (*saignée de seize onces; sinapismes aux jambes dans la soirée; tisanes et lavements émollients*).

Le sang était formé d'un large caillot sans sérosité, recouvert d'une couenne épaisse.

Le cinquième jour, le râle crépitant masquait plus complètement le murmure inspiratoire, il s'entendait à droite dans la fosse sous-épineuse; les deux côtés antérieurs de la poitrine paraissaient moins sonores, la dyspnée était plus grande, les crachats plus visqueux. Ainsi des deux côtés l'inflammation avait fait des progrès et paraissait marcher vers l'hépatisation. Deux saignées furent prescrites, une le matin de douze onces, et l'autre le soir de huit onces. Sang couenneux avec caillot large sans sérosité.

Le sixième jour, même état. (*Deux vésicatoires aux cuisses.*)

Septième jour, oppression de plus en plus grande; parole haletante; diminution notable de la sonorité au-dessous des deux clavicules; râle crépitant, faible, mais sans mélange du murmure inspiratoire, dans les mêmes points où il a été entendu les jours précédents. Crachats rouges, réunis en une masse gélatiniforme qui se détache à peine du vase. Pouls très-fréquent, se laissant facilement déprimer; persistance de la sécheresse de la peau; teinte jaune de la face. (*Deux vésicatoires aux jambes; une peinte de décoction de polygala gommée.*)

Huitième jour, dans la matinée, délire, altération des traits. Mort le soir.

#### OUVERTURE DU CADAVRE.

Le lobe supérieur de chaque poumon offre une couleur rouge vermeille, qui contraste avec la teinte grisâtre des autres lobes. De ces mêmes lobes supérieurs s'écoule par l'incision une grande quantité de sérosité rouge et écumeuse; leur tissu, plus facilement déchirable que celui des autres lobes, et

crépitant à peine, surnage encore à l'eau. Ailleurs, le parenchyme pulmonaire est sec, si ce n'est postérieurement, où il offre un peu d'engouement cadavérique. Couleur rouge de la muqueuse bronchique des lobes supérieurs. Anciennes adhérences celluleuses des plèvres; cavités du cœur remplies de sang noir liquide.

Rien de remarquable dans les organes du crâne et de l'abdomen.

—

Cette double pneumonie, beaucoup moins éten due que celle dont fut atteint le sujet de l'observation VIII<sup>e</sup>, fut cependant aussi rapidement mortelle; mais notons que c'étaient les lobes supérieurs que l'inflammation avait frappés, et nous croyons avoir constaté que, toutes choses d'ailleurs égales, l'inflammation des lobes est plus grave, plus redoutable qu'une phlegmasie, même plus intense, des autres portions du parenchyme pulmonaire. Il est très-vraisemblable que si l'engouement inflammatoire eût existé dans les deux lobes inférieurs, le cas n'eût pas été mortel. Ici, d'ailleurs, le tissu pulmonaire était très-près de l'hépatisation; il avait déjà perdu un peu de sa consistance: pressé entre les doigts, il crépitait à peine, et dans cet état il rappelait assez bien la sensation que l'on éprouve lorsque l'on presse les poumons d'un fœtus qui n'a point respiré. Cet état intermédiaire entre le simple engouement et l'hépatisation avait été annoncé par la diminution de plus en plus grande du râle, sans retour simultané du souffle naturel de la respiration. Il avait été également annoncé par la diminution de sonorité des parois thoraciques, sans qu'il y eût pourtant véritable matité. Enfin la grande viscosité des crachats était encore un indice que la pneumonie tendait à passer du premier au deuxième degré.

On conçoit d'ailleurs combien les renseignements fournis

par la percussion peuvent être infidèles, lorsque, comme ici, la sérosité diminue également à la fois des deux côtés du thorax, sans qu'il y ait encore une *matité* bien prononcée.

L'invasion de la pneumonie ne fut annoncée par aucun point pleurétique; le délire qui s'était montré presque au début de la maladie, et qui avait disparu à mesure que les signes de la pneumonie s'étaient mieux dessinés, reparut dans les dernières vingt-quatre heures de l'existence du malade. Il ne put être expliqué par aucune lésion appréciable de l'encéphale. Dans ce cas particulier, se trouva confirmé l'aphorisme d'Hippocrate: *A peripneumoniâ phrenitis, matum.*

#### ARTICLE II.

PLEURO-PNEUMONIES AU DEUXIÈME DEGRÉ (hépatisation rouge).

Dans l'état actuel de la science, il est presque toujours facile de distinguer, d'après la nature des symptômes, ce deuxième degré du premier. La percussion et l'auscultation ne donnent plus les mêmes signes, les crachats ont souvent un autre caractère; on pourrait aussi admettre, *à priori*, que toujours dans le cas d'hépatisation, la dyspnée est plus grande; mais il y a à cet égard de nombreuses exceptions; et s'il est vrai de dire que l'état de la respiration est très-important à considérer sous le rapport du pronostic, il faut avouer d'un autre côté que la liberté plus ou moins grande des mouvements respiratoires ne peut donner tout au plus que des probabilités sur l'état même du parenchyme pulmonaire.

Nous avons déjà vu une dyspnée extrême coïncider avec un léger engouement du parenchyme; nous verrons plus bas une hépatisation considérable avec fort peu de gêne dans la respiration.