

crépitant continua à se faire entendre assez long-temps après que tous les autres symptômes morbides avaient disparu; la phlegmasie pulmonaire n'était donc pas encore complètement résolue. Nous revenons souvent sur ce point, parce qu'il est de la plus haute importance. Tant que ce râle persista, le malade, dont la respiration paraissait libre lorsqu'il restait couché et immobile, ne pouvait se lever sans éprouver de la dyspnée. C'est surtout par cette différence remarquable dans la liberté de la respiration chez un individu en repos ou en mouvement, que Stoll découvrait l'existence des pneumonies latentes, dont le diagnostic devait être si obscur à une époque où l'on ne pratiquait pas encore la percussion, et où l'auscultation n'était pas connue.

XVI. OBSERVATION.

Un portier, âgé de cinquante-trois ans, ayant passé dans sa loge la journée du 17 décembre, ressent tout-à-coup dans la soirée une vive douleur à la partie antérieure droite de la poitrine, depuis la troisième jusqu'à la septième ou huitième côte. Cette douleur augmentait cruellement à chaque mouvement inspiratoire; elle persista toute la nuit. Le 17 et le 18, des serviettes chaudes, des cataplasmes émollients, ne la diminuèrent pas. Le malade toussait souvent sans cracher. Le 19, il ressentit pour la première fois, dans l'après-midi, un violent frisson qui fut suivi d'une forte chaleur sans sueur. Le 20, douleur moindre, toux fréquente et sèche. Le 21, même état. Le 22, crachats teints de sang. Entré ce jour-là à la Charité, le malade est le 23 dans l'état suivant :

Face pâle; mouvements libres; décubitus possible seulement sur le dos ou sur le côté droit; toux presque continuelle,

crachats réunis en une masse transparente et jaunâtre, se détachant du vase lorsqu'on l'incline. Douleur ne se faisant sentir que dans la toux et les grandes inspirations. Le malade ne sent pas sa respiration gênée, bien qu'elle soit courte et fréquente. La percussion fait reconnaître une sonorité un peu moins grande dans l'étendue de trois ou quatre travers de doigt au-dessous de la clavicule droite. Dans cette même étendue, l'on entend du râle crépitant; partout ailleurs, la respiration est nette, mais forte; pouls fréquent et assez plein; soif, anorexie, ventre indolent, constipation.

D'après l'ensemble de ces symptômes, on ne pouvait reconnaître l'existence d'une inflammation du sommet du poumon droit, avec phlegmasie de la plèvre correspondante. La pleurésie semblait avoir existé seule pendant deux jours, et ne s'être compliquée de pneumonie que vers la fin du troisième jour, lors de l'apparition du frisson. Cette pneumonie paraissait être d'ailleurs dans le passage du premier au deuxième degré (*saignée de seize onces, boissons et lavements émollients*). Le sang présenta une couenne épaisse, à bords relevés.

Le lendemain 24, la douleur avait entièrement disparu. Les mouvements inspiratoires étaient moins rapprochés; la toux était plus rare; les crachats avaient perdu leur teinte rouillée, ils étaient à peine visqueux. La percussion et l'auscultation donnaient les mêmes renseignements. Cependant les traits du malade exprimaient l'abattement; le pouls était fréquent et faible, la peau chaude. (*Deux vésicatoires aux jambes.*)

Le 25, réapparition d'une forte dyspnée, crachats très-rouillés et très-visqueux, son très-mat sous la clavicule droite, râle muqueux dans ce même point. L'inflammation avait pris évidemment un nouveau degré d'activité; le son très-mat indiquait l'hépatisation; le râle muqueux résultat de l'accumu-

lation d'une grande quantité de mucosités dans les bronches, s'opposait à ce qu'on reconnût par l'auscultation l'état du parenchyme pulmonaire (*saignée de huit onces*). Le sang se montra aussi couenneux que celui de la première saignée.

26, respiration plus libre; crachats moins rouillés et moins visqueux, son aussi mat, persistance du râle muqueux, pouls médiocrement fréquent, sueur. (*Tisanes émollientes.*)

27 et 28, amélioration de plus en plus grande, sueurs.

29, crachats de simple catarrhe; son encore un peu mat sous la clavicule droite: on n'entend autre chose dans cette partie que du râle muqueux. Le pouls était à peine fébrile. Le malade ne sentait aucune oppression; cependant il ne pouvait pas faire encore de profondes inspirations, et il était légèrement hale-tant dès qu'il se remuait. (*Décoction de racine de polygala, qui est continuée les jours suivants.*)

Jusqu'au 5 janvier, la sonorité de la poitrine se rétablit; le râle muqueux fit place au bruit naturel de la respiration, à mesure que les crachats furent expectorés moins abondamment. Les profondes inspirations devinrent possibles, la toux cessa, et la santé était parfaitement rétablie vers le 10 janvier.

Nous avons déjà fait ressortir, dans le cours de cette observation, les circonstances qui la rendent surtout remarquable. Elle diffère particulièrement des précédentes, en ce qu'ici l'auscultation ne fut que d'un secours très-secondaire pour indiquer l'état du parenchyme pulmonaire. L'on entendit d'abord, à la vérité, du râle crépitant; mais, après l'espèce de rechute du 25, le mélange d'air et d'abondantes mucosités dans les bronches du lobe supérieur du poumon droit donna lieu à un râle qui masquait tous les autres bruits: cette circonstance est loin d'être rare, et plusieurs fois elle nous a empêché de

tirer parti de l'auscultation pour établir le diagnostic de la pneumonie. Avant le 25, l'engouement inflammatoire parut prédominer de beaucoup sur l'hépatisation; celle-ci devint, au contraire, beaucoup plus prononcée du 25 au 28, ainsi que le prouva la grande matité du son. Ici, encore, la disparition des différents symptômes rationnels de la pneumonie précéda celle de l'hépatisation: celle-ci semblait exister encore à un haut degré, lorsque déjà il n'y avait plus ni fièvre, ni crachats caractéristiques, ni dyspnée sensible dans le repos et dans les inspirations ordinaires.

Les deux émissions sanguines, et surtout la seconde, furent pratiquées, dans ce cas, à une époque déjà avancée de la maladie. Il n'y a pas encore long-temps que l'ancienneté plus ou moins grande de la phlegmasie pulmonaire guidait surtout les praticiens dans l'emploi des saignées. Pringle, qui est sans contredit une grande autorité médicale, avait établi en principe général que, dans la pneumonie, il faut s'abstenir de saigner après le cinquième jour. L'observation de ce précepte a dû faire de nombreuses victimes; elle eût peut-être causé la mort du malade dont il sagit ici. Stoll prouva, l'un des premiers, que, pour pratiquer la saignée dans les phlegmasies pulmonaires, il faut moins avoir égard à l'époque de la maladie qu'à la nature des symptômes; l'état de la respiration doit particulièrement nous guider. Une forte dyspnée réclame beaucoup plus impérieusement une émission sanguine, que ne la contre-indique la faiblesse du pouls. Combien de fois, en effet, ne voit-on pas le pouls, petit et misérable avant la saignée, se relever tout-à-coup, lorsqu'à la suite d'une large émission sanguine la respiration est devenue libre! Souvent aussi, après une copieuse perte de sang, on voit la peau, sèche jusqu'alors, se couvrir d'une sueur abondante et salutaire. Cependant, quel que soit, dans la pneumonie, l'avantage des saignées copieuses

et répétées, il ne faut pas oublier que, poussé trop loin et continué trop long-temps, le traitement antiphlogistique peut avoir de graves inconvénients. Lorsque l'inflammation tend à passer à l'état chronique, les révulsifs de la peau, de légers stimulants donnés à l'intérieur, en favorisent singulièrement la résolution : c'est ce qu'ont prouvé plusieurs des observations précédentes.

XVIII. OBSERVATION.

Une femme, âgée de cinquante-quatre ans, était atteinte, depuis six semaines environ, d'une bronchite légère. Vers le 15 janvier, la toux devint plus fréquente et plus pénible. Le 18, dans la matinée, douleur vive au-dessous de la mamelle droite, oppression, toux presque continuelle et sèche, sensation de chaleur brûlante sans frisson initial. 19 et 20, même état : la malade boit du vin chaud avec addition de sucre et de cannelle. 21, diminution de la douleur, un peu de sang dans les crachats. 22, oppression de plus en plus grande; vomissement du vin chaud, auquel la malade renonce. Entrée à la Charité dans la soirée du 23, elle fut sur-le-champ saignée; le sang était couenneux. Le 24 (sixième jour à dater de l'apparition de la douleur), elle offrit l'état suivant :

Mouvements inspiratoires courts et très-rapprochés, parole haletante, toux peu fréquente; crachats rouillés, réunis en une masse gélatiniforme et transparente, qui adhère fortement au vase; son mat à droite, en avant, depuis la clavicule jusqu'au niveau de la mamelle, et, en arrière, dans les fosses sous et sus-épineuses. Appliquée au-dessous de la clavicule droite, l'oreille entend un râle crépitant, faible, sans bruit d'expansion pulmonaire, en arrière, et sous l'aisselle respiration bronchique : partout ailleurs, bruit d'expansion pulmonaire très-fort, avec

mélange des râles muqueux et sibilant (râles bronchiques) en plusieurs points; douleur pleurétique, ne se faisant sentir que par la percussion, la pression intercostale et la toux; pouls fréquent et faible, peau chaude, constamment sèche; langue sèche, un peu rouge, ventre indolent et souple, diarrhée légère, face jaune et abattue, décubitus sur le dos. Malgré l'époque avancée de la maladie et la faiblesse du pouls, M. Lerminier prescrivit une saignée de douze onces. Immédiatement après la saignée, il fit appliquer deux vésicatoires aux jambes.

Septième jour, la dyspnée est encore plus grande que la veille; d'ailleurs même état. (*Saignée de huit onces; sinapismes le soir.*)

Huitième jour, la gêne de la respiration est extrême; la malade n'expectore plus. On entend, dans toute l'étendue de la poitrine, du râle muqueux, résultat de l'accumulation de la matière des crachats dans les bronches; le pouls, très-fréquent, se déprime avec une extrême facilité, la peau est sans chaleur. (*Vésicatoires sur la partie antérieure du thorax; décoction de polygala; looch avec deux grains de kermès.*)

Neuvième jour, râle trachéal; altération profonde des traits de la face: pouls très-faible, intermittent; extrémités froides; langue rouge et sèche. Mort la nuit suivante.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Hépatisation rouge du lobe supérieur du poumon droit; son tissu, très-facilement déchirable et comme granuleux, se précipite au fond de l'eau. Les autres parties du parenchyme pulmonaire présentent un engouement séro-sanguinolent, qui semble s'être fait pendant l'agonie. Les bronches sont généralement rouges et remplies de liquide. Des concrétions albumi-

neuses membraniformes recouvrent les plèvres pulmonaire et costale; elles n'ont encore contracté aucune adhérence. Le cœur contient un sang noir, en partie coagulé. La muqueuse gastrique présente dans le grand cul-de-sac une vive injection avec léger ramollissement de son tissu. La fin de l'intestin grêle et le cœcum sont également injectés.

L'ouverture du cadavre ne laisse ici aucun doute sur la corrélation que nous avons établie dans les précédentes observations, entre l'état du poumon d'une part, et, d'autre part, entre les signes fournis par l'auscultation, la percussion et les crachats. Les signes donnés par l'auscultation étaient très-caractéristiques la première fois que nous vîmes la malade; les jours suivants, ils n'eurent plus de valeur, à cause du râle des bronches, qui ne permit plus de rien distinguer.

Lorsque cette femme entra à la Charité, elle était sans doute dans un état très-fâcheux; toutefois elle ne nous parut pas plus gravement affectée que plusieurs des précédents malades, qui guérirent parfaitement. Des saignées furent pratiquées, la maladie étant aussi avancée, l'état du poumon paraissant être le même, la faiblesse du pouls étant aussi grande. Chez eux, après la saignée, l'inflammation rétrograda, le pouls se développa, les forces se relevèrent. Ici, au contraire, les saignées furent infructueuses; les vésicatoires, les stimulants internes ne furent pas plus avantageux. Placée dans les mêmes conditions, soumise au même mode de traitement, pourquoi cette femme ne fut-elle pas aussi rappelée à la santé? C'est une question sans solution dans l'état actuel de la science. Répétons ici avec Hippocrate : *In acutis morbis, non omnino tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis.*

Nous trouvons ici, pour la première fois, un exemple de suppression des crachats, circonstance ordinairement très-fâcheuse, et indice presque constant d'une terminaison fatale. La matière accumulée dans les bronches devient une cause puissante d'asphyxie, chez des individus dont une partie plus ou moins étendue du parenchyme pulmonaire est déjà imperméable à l'air.

XIX^e OBSERVATION.

Un porteur d'eau, âgé de cinquante-huit ans, entra le 9 mars à la Charité. Depuis trois jours il avait une vive douleur au-dessous du sein gauche, respirait difficilement et toussait sans cracher. Lorsque nous le vîmes pour la première fois (le 9 mars), un fort râle crépitant s'entendait dans toute l'étendue, à peu près, du lobe inférieur du poumon gauche; dans cette même partie, la poitrine percutée résonnait moins qu'à droite. Le malade, tourmenté du besoin de tousser, n'osait s'y livrer de peur d'augmenter sa douleur. Les crachats, visqueux et transparents, ne contenaient encore que quelques stries de sang; la dyspnée était peu considérable; pouls fréquent et plein; peau chaude et sèche; langue blanchâtre, soif. (*Vingt sangsues sur le côté gauche; saignée de seize onces; tisanes émollientes.*) Le sang, sorti de la veine en bavant, ne présenta pas de couenne.

10 (quatrième jour), augmentation de la dyspnée; crachats plus rouillés et très-visqueux; râle crépitant faible, sans mélange d'aucun bruit d'expansion pulmonaire dans toute l'étendue du lobe inférieur du poumon gauche; râle crépitant, peu intense, se mêlant par intervalles au bruit naturel de la respiration dans le lobe supérieur de ce même côté; son déclinement mat, depuis l'angle inférieur de l'omoplate gauche jus-

qu'à la base du thorax. Ainsi, l'inflammation passait au deuxième degré dans le lobe inférieur, et le supérieur commençait à présenter le premier degré en quelques points. Le malade avait encore beaucoup de force. M. Lerminier prescrivit deux saignées, une immédiatement de vingt onces, et l'autre le soir, de douze onces. Toutes deux, faites à large ouverture, présentèrent une couenne épaisse.

Cinquième jour, même état (*tisanes émollientes*). Sixième jour, dyspnée extrême, crachats très-visqueux et d'un rouge vif; respiration bronchique et résonance particulière de la voix (*bronchophonie*) au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate gauche; son très-mat dans ce même point. En avant de ce côté, depuis la clavicule jusqu'au sein, latéralement dans le creux de l'aisselle, et en arrière, immédiatement au-dessus et au-dessous de l'épine de l'omoplate, râle crépitant assez fort, avec faible mélange de bruit d'expansion pulmonaire. Le pouls conserve encore assez de force, la peau reste sèche. Cette inflammation était encore à son plus haut degré d'acuité; et bien que les émissions sanguines, pratiquées jusqu'alors, eussent paru peu utiles, ce n'était cependant qu'en tirant encore du sang qu'on pouvait espérer d'en arrêter les progrès (*saignée de seize onces*). Sang très-couenneux.

Septième jour, l'oreille appliquée sur les points où existait la veille la respiration bronchique, n'entendait plus rien; ce qui nous parut indiquer que l'hépatisation avait encore augmenté. Les autres symptômes étaient d'ailleurs les mêmes (*saignées de huit onces; deux vésicatoires aux jambes*). Le soir et la nuit, le malade délira.

Huitième jour, retour du point pleurétique; crachats très-peu abondants, d'un gris sale; altération des traits de la face, pouls très-fréquent et se déprimant facilement; peau sans chaleur, diarrhée (*vésicatoires sur le côté gauche; décoction de*

polygala; looch avec trois grains de kermès). Le soir et la nuit, retour du délire.

Neuvième jour, état de suffocation imminente, suppression des crachats. Râle muqueux dans les deux côtés de la poitrine. (*Deux sinapismes aux genoux.*)

Dixième jour, râle trachéal, agonie. Mort peu d'heures après la visite.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Hépatisation rouge du lobe inférieur du poumon gauche, engouement sanguinolent du lobe supérieur; concrétion albumineuse membraniforme sur les plèvres costale et pulmonaire de ce côté; épanchement dans la plèvre d'un verre de sérosité roussâtre. Cavités droites du cœur distendues par des caillots de sang. Injection sous-muqueuse du canal intestinal. Rougeur de la muqueuse elle-même, à la fin de l'intestin grêle et dans le cœcum.

L'on peut chez ce malade suivre véritablement jour par jour l'altération croissante du parenchyme pulmonaire. D'abord la phlegmasie n'existait que dans le lobe inférieur. On entendit d'abord dans ce lobe un râle crépitant faible, sans bruit d'expansion pulmonaire; à cette même époque, le son était mat et les crachats très-visqueux. L'existence d'un commencement d'hépatisation n'était pas encore douteuse. Plus tard, toujours dans cette même partie, se manifesta la respiration bronchique, et plus tard encore, aucune sorte de son n'y fut plus perçue; alors on pouvait affirmer que l'hépatisation était complète et très-étendue. Dans le lobe supérieur, l'engouement de plus en plus grand, mais qui n'arriva point à l'hépatisation, fut annoncé par le râle crépitant. Ce râle ne

cessa jamais de s'y faire entendre, il devint chaque jour plus prononcé en raison directe de la diminution du bruit d'expansion pulmonaire. Enfin, il arriva une époque où l'accumulation d'une grande quantité de liquides dans les bronches donna naissance à un râle muqueux très-fort, qui ne permit plus de reconnaître par l'auscultation l'état du parenchyme pulmonaire.

Nous noterons, chez ce malade ainsi que chez le précédent, la constante sécheresse de la peau; circonstance toujours défavorable dans les phlegmasies du poumon. Nous ferons remarquer aussi le nombre, l'abondance des émissions sanguines, d'abord employées seules et ensuite concurremment avec les révulsifs. Enfin il arriva une époque où ces derniers moyens purent seuls être mis en usage. Nous avons essayé de faire ressortir ces différentes périodes dans le cours de l'observation.

XX^e OBSERVATION.

Un nourrisseur, âgé de trente-quatre ans, d'une constitution robuste, était déjà enrhumé depuis quelque temps, lorsque le 15 janvier il fut pris d'un grand frisson suivi d'une chaleur brûlante sans sueur. En même temps, augmentation de la toux, dyspnée. Dès le lendemain, crachats teints de sang. Le 17, il est saigné; le 18, entre à la Charité, et présente l'état suivant :

Respiration courte, accélérée, mais paraissant peu gênée au malade : râle crépitant en dehors, et au niveau du tétou droit, et s'entendant aussi en arrière dans la partie inférieure de la fosse sous-épineuse, pas de diminution notable de la sonorité des parois thoraciques; toux fréquente; crachats d'un jaune de safran, médiocrement visqueux; pouls fréquent

et plein; peau chaude et sèche. Cet ensemble de symptômes annonçait une inflammation peu étendue, et n'était encore qu'au premier degré. (*Saignée de seize onces; tisanes émollientes.*)

19, même état. (*Saignée de huit onces.*) Du 19 au 22, la phlegmasie parut marcher peu à peu vers la résolution. Chaque nuit, des sueurs abondantes eurent lieu, elles furent surtout très-copieuses dans la nuit du 21 au 22 (du septième au huitième jour). On ne fit pendant tout ce temps qu'une médecine expectante. Le huitième jour, la respiration était libre, l'expectoration catarrhale, le pouls sans fréquence; mais l'on entendait encore un peu de râle crépitant au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. Ainsi il existait encore un reste d'engorgement, qui exigeait quelque temps de soins et de régime. Le 23, ce râle persiste. Le 24, le malade, qui se croyait complètement guéri, va dans les cours de l'hôpital, et se refroidit. Le lendemain, 25, retour de la dyspnée et des crachats rouillés; râle crépitant très-fort dans toute l'étendue du lobe inférieur du poumon droit; fièvre intense. (*Saignée de vingt onces.*) Dans la journée, la gêne de la respiration augmente de plus en plus. Les crachats ne sont rendus qu'avec difficulté.

Le 26, face livide, semblable à celle d'un asphyxié; râle crépitant, très-faible, sans autre bruit, et son mat dans l'étendue du lobe inférieur; respiration haletante, pouls très-fréquent. (*Deux saignées dans la journée, de douze onces chacune.*)

17, agonie, mort dans l'après-midi.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Hépatisation rouge du lobe inférieur du poumon droit; aucune trace de pleurésie; cœur plein de sang noir et coagulé; foie et intestins gorgés de sang.

On voit ici un exemple frappant des dangers d'un écart de régime avant la résolution complète d'une pneumonie. D'abord, cette inflammation avait été très-bénigne; elle n'avait pas dépassé le premier degré. Après une durée de huit jours, tous les symptômes rationnels avaient disparu; il ne restait plus qu'un peu d'engouement, qui semblait devoir bientôt disparaître. C'est alors qu'une imprudence est commise: le malade s'expose à l'action du froid. La phlegmasie pulmonaire reprend tout-à-coup un nouveau degré d'activité; en quelques heures, elle passe du premier au deuxième degré. Dans l'espace de deux jours, l'hépatisation envahit la totalité du lobe inférieur du poumon droit, et le malade succombe dans un véritable état d'asphyxie.

L'autopsie ne découvrit aucune trace d'inflammation de la plèvre: le malade n'avait jamais ressenti aucun point de côté.

XXI^e OBSERVATION.

Une culottière, âgée de quarante-sept ans, assez faiblement constituée, entra à la Charité le 2 juin 1822. Elle éprouvait depuis cinq à six jours tous les symptômes d'une pleuro-pneumonie: douleur en dehors et au niveau de la mamelle droite; toux sèche d'abord, puis accompagnée de crachats sanguinolents; oppression, fièvre. Le troisième jour, une vingtaine de sangsues furent appliquées sur le côté douloureux. Entrée à l'hôpital vers le cinquième ou sixième jour, cette femme offrait les signes des deux premiers degrés de la pneumonie; son mat, et râle crépitant faible, sans bruit d'expansion pulmonaire, dans toute l'étendue à peu près des lobes inférieur et moyen du poumon droit; râle crépitant très-prononcé au-dessous de la clavicule et dans la fosse sus-épineuse de ce côté,

avec bruit d'expansion pulmonaire; crachats jaunes, transparents, tellement visqueux, qu'en renversant le vase et le secouant fortement, on ne les en détache pas; respiration courte, accélérée, paraissant toutefois peu gênée à la malade; disparition presque complète de la douleur pleurétique, pouls fréquent et faible, peau chaude et sèche; diarrhée légère, sans autre signe d'inflammation intestinale. (*Saignée de seize onces; tisanes émollientes.*) Le sang se couvrit d'une couenne épaisse, surmontant un large caillot, avec un peu de sérosité.

3 juin: son un peu mat sous la clavicule droite; dans ce même point, râle crépitant faible, sans bruit d'expansion pulmonaire; dyspnée plus grande. D'ailleurs, même état. (*Saignée de douze onces, et dans la soirée, deux vésicatoires aux jambes.*)

4, son plus mat et respiration bronchique sous la clavicule droite. Ailleurs, de ce côté, son très-mat: on n'y entend ni râle, ni respiration. Pouls très-fréquent, petit, sans beaucoup de chaleur à la peau.

5, suppression des crachats, râle muqueux dans tout le côté droit, dyspnée extrême. (*Vésicatoire sur la poitrine.*) Dans la journée, délire, sueurs froides, dyspnée de plus en plus grande. Mort dans la nuit (vers le neuvième ou le dixième jour).

OUVERTURE DU CADAVRE.

Hépatisation rouge des trois lobes du poumon droit; quelques minces concrétions albumineuses s'étendant, sous forme de filaments, de la plèvre costale à la plèvre pulmonaire du côté droit: cavités droites du cœur fortement distendues par un sang noir coagulé; substance cérébrale parsemée d'un