

Le cinquième jour, nous trouvâmes le malade dans un état d'anxiété extrême. Il exprimait par des cris les douleurs qu'il éprouvait; il en rapportait le siège à la région diaphragmatique. *Expectoration nulle.* Délire pendant la nuit.

Le sixième jour, les traits de la face étaient profondément altérés; le malade était haletant; il avait expectoré quelques mucosités transparentes, mêlées de stries opaques, comme dans la bronchite aiguë. Mort dans la nuit du sixième au septième jour.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Aucun épanchement n'existait dans la plèvre, anciennes adhérences à gauche entre les plèvres costale et pulmonaire. La base du poumon gauche était unie au diaphragme par une couche albumineuse molle, non encore organisée. Tout le lobe inférieur de ce même poumon était en hépatisation grise, et le supérieur en hépatisation rouge. La muqueuse bronchique était d'un rouge rutilant.

A l'époque où cette observation fut recueillie, l'on ne connaissait point encore généralement la méthode de l'auscultation; sans elle, il était impossible de ne pas prendre ici la pneumonie pour un épanchement; avec elle, on peut même douter que la méprise eût été évitée. En effet, le son était tellement mat, dès le premier jour où nous vîmes le malade, qu'il y a tout lieu de croire que dès lors l'hépatisation était complète. Qu'aurait donc appris l'auscultation? Ou bien nous n'aurions entendu ni bruit respiratoire, ni râle, ni résonnance particulière de la voix, ce qui aurait pu également dépendre ou d'un épanchement considérable, ou d'une forte hépatisation; ou bien nous aurions entendu la respiration bronchique, et

cette résonnance particulière de la voix qui se rapproche tantôt de l'œgophonie, tantôt de la pectoriloquie; mais ces signes présentent tant de nuances, qu'à l'exception des cas où l'œgophonie est bien tranchée, ils ne sauraient, selon nous, suffire seuls pour faire distinguer un épanchement dans la plèvre d'avec une hépatisation du poumon (1). Il en est autrement lorsqu'on voit les malades avant que l'hépatisation ne soit encore complète; alors l'auscultation fournit de nouveaux signes qui, malgré l'absence des crachats caractéristiques, ne laissent aucun doute sur l'existence de la pneumonie. C'est ce que prouveront les observations suivantes.

XLIII^e OBSERVATION.

Un maçon, âgé de cinquante-deux ans, peau blanche, cheveux rouges, muscles peu développés, entra à la Charité le 21 juin 1822. Récemment arrivé à Paris, il présentait alors l'ensemble des symptômes qui constituent la fièvre bilieuse; traité par de simples boissons acidules, cet homme était en pleine convalescence au commencement du mois de juillet. Il avait contracté depuis quelques jours un catarrhe pulmonaire peu intense; le 6 juillet ce catarrhe s'exaspéra, et un mouvement fébrile s'établit. Le 7 et le 8 quintes de toux fréquentes et très-pénibles, avec sensation de déchirement derrière le sternum, persistance de la fièvre. (*Boissons émollientes; diète.*)

Le 9, la respiration paraissait être, pour la première fois, notablement accélérée, et la fièvre était intense. Cependant,

(1) Je pense aujourd'hui que l'existence de la respiration bronchique peut faire éviter cette méprise, dans l'immense majorité des cas.

(Note de la troisième édition.)

la sonorité de la poitrine était conservée, les crachats étaient ceux du simple catarrhe; mais l'auscultation fit reconnaître un peu de râle crépissant avec mélange du bruit d'expansion pulmonaire dans l'espace compris entre la clavicule gauche et le sein, dans le creux de l'aisselle ainsi que dans les fosses sus et sous-épineuses du même côté. Ailleurs, le bruit de la respiration était fort, et sa grande netteté n'était obscurcie qu'en quelques points par un peu de râle muqueux. M. Lermier annonça l'existence d'une inflammation, au premier degré, du lobe supérieur du poumon gauche. Cette inflammation semblait avoir succédé peu à peu à la phlegmasie des bronches. (*Vingt sangsues au-dessous de la clavicule gauche; saignée de douze onces.*) — Le sang se couvrit d'une couenne épaisse; le caillot était petit, entouré d'une sérosité abondante.

10, même état. — 11, le râle crépissant, plus prononcé, masquait entièrement le bruit d'expansion pulmonaire; la sonorité était un peu diminuée au-dessous de la clavicule gauche. Ainsi, la phlegmasie pulmonaire avait fait des progrès; cependant *l'expectoration restait catarrhale.* (*Saignée de douze onces*). Sang couenneux comme la première fois.

12 et 13, pas de changement notable, et, en particulier, rien de caractéristique dans les crachats, qui sont peu abondants et formés d'un mucus blanc et filant. (*Vésicatoires aux jambes.*)

14, on n'entend plus dans les parties indiquées, correspondant au lobe supérieur du poumon gauche, qu'un râle crépissant très-faible, sans mélange de murmure inspiratoire; sous la clavicule, et dans le creux de l'aisselle de ce côté, le son est mat, la respiration est notablement plus gênée que les jours précédents. *L'aspect catarrhal des crachats persiste.* Le pouls est fréquent et assez dur, la peau chaude et sèche. *Il y a commencement manifeste d'hépatisation: on revient*

encore aux émissions sanguines. (*Saignée de seize onces.*) — Sang couenneux, caillot mou, se délayant dans la sérosité avec une grande facilité.

15, 16 et 17, la maladie semble rester stationnaire; *les crachats ne changent point d'aspect.* On ne donne que des boissons émoullientes.

18, nouvelle exaspération, son très-mat sous la clavicule gauche. Entre cet os et le sein, et en arrière, au niveau de l'épine de l'omoplate, on entend, chaque fois que le malade inspire, ce bruit particulier que nous avons désigné sous le nom de respiration bronchique. Lorsqu'il parle, la voix donne une résonance remarquable qui n'existe en aucun autre point du thorax. Cette double modification du bruit respiratoire et de la voix était tellement tranchée, que nous l'aurions volontiers attribuée à l'existence d'une excavation tuberculeuse vide, si les autres signes commémoratifs et actuels ne nous avaient d'ailleurs éloignés de cette idée. La dyspnée était considérable. Les crachats n'étaient plus caractéristiques. Le pouls, très-fréquent, avait perdu sa dureté. (*Saignée de huit onces, vésicatoires aux cuisses.*) — Sang couenneux, caillot large et très-mou.

19, la respiration est tellement gênée que le malade peut à peine prononcer d'une voix haletante quelques mots entrecoupés. D'ailleurs, mêmes symptômes. (*Sinapismes aux extrémités inférieures.*)

20, râle crépissant sous la clavicule droite. — 21 et 22, il persiste. A gauche, on entend toujours la respiration bronchique et la résonance de la voix. Le malade n'expectore plus. Il succombe, le 24, à la gêne toujours croissante de la respiration.

OUVERTURE DU CADAVRE,

Le lobe supérieur du poumon gauche présentait un tissu rouge, compacte, se précipitant au fond de l'eau, très-facilement déchirable, paraissant formé, lorsqu'on le déchirait, d'une multitude de petites granulations rouges pressées les unes contre les autres. Le lobe supérieur du poumon droit contrastait avec les autres lobes de ce même poumon par sa couleur très-rouge, sa consistance moins grande, et l'énorme quantité de sérosité sanguinolente qui s'en écoulait par l'incision. Les autres parties du tissu pulmonaire étaient saines. Les bronches, très-rouges, étaient remplies de mucosités, qui s'y étaient accumulées depuis que l'expectoration ne se faisait plus. Il n'y avait aucune trace d'inflammation des plèvres. Un sang noir, en partie coagulé, distendait les cavités droites du cœur. — Le foie et la rate étaient gorgés de sang. Une forte injection sous-muqueuse colorait la surface interne de l'estomac et des intestins. Les follicules muqueux du gros intestin étaient remarquables par leur grand développement.

On n'eut pas ici besoin de l'existence des crachats caractéristiques de la pneumonie pour reconnaître cette affection. Nous avons vu peu de cas où l'auscultation ait fourni des renseignements aussi positifs, où chaque jour, en quelque sorte, à l'aide de ces renseignements, on ait pu suivre les progrès de la phlegmasie avec une précision telle, que le sens de la vue n'aurait pas été plus fidèle.

Avant l'emploi de la double méthode de la percussion et de l'auscultation, la dyspnée eût été le seul signe qui eût pu porter à reconnaître, ou plutôt à deviner l'existence de la pneu-

monie. Aussi les inflammations pulmonaires, sans expectoration caractéristique, devaient-elles, le plus ordinairement, échapper à l'investigation des médecins. Nous devons admirer, à cet égard, la grande sagacité de Stoll, qui, plus d'une fois, d'après les seuls caractères de la respiration, parvint à diagnostiquer ces pneumonies latentes.

On a long-temps regardé comme un signe fâcheux, dans la pneumonie, l'absence des crachats sanguinolents. Van-Swieten (Commentaires sur Boerrhaave) établit que les pneumonies sans expectoration sont dangereuses, par les lésions organiques qu'elles laissent après elles, soit dans le poumon, soit dans un autre viscère. Cullen pensait également qu'il était très-rare de voir ces espèces de pneumonies se terminer par une franche résolution. Ces principes semblent surtout reposer sur la théorie d'après laquelle on regardait la pneumonie comme produite par une matière morbifique fixée sur le poumon. Si, d'ailleurs, les deux observations que nous venons de rapporter semblent confirmer l'opinion de Van-Swieten et de Cullen, elle va se trouver infirmée par les deux observations suivantes.

XLIV^e OBSERVATION.

Un homme de quarante-six ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, éprouve depuis trois semaines une vive douleur dans la partie latérale gauche du thorax, au niveau des six ou sept dernières côtes de ce côté. Elle augmente par l'inspiration et par la percussion. Le malade ne tousse pas; il n'a pas de fièvre. Cette douleur est regardée comme une simple douleur rhumatismale, et combattue par l'application de douze sangsues sur le côté. Elle persiste; une saignée générale n'est pas plus efficace. Elle est enlevée par un vésica-

toire volant. Le malade, délivré de sa douleur, se disposait à quitter l'hôpital, lorsque tout-à-coup son pouls s'accéléra, sa peau devint chaude, sa respiration courte et fréquente. En même temps, toux légère; *expectoration purement catarrhale*. Le bruit d'expansion pulmonaire était partout fort net, excepté en arrière et à gauche, où l'on entendait du râle crépitant. Percutée, la poitrine résonnait bien partout. M. Lerminier regarda comme non douteuse l'existence d'une pneumonie gauche; il prescrivit une saignée de seize onces.

Le lendemain, même état. Le troisième jour, son un peu mat à gauche, en arrière; persistance du râle crépitant. Jusqu'au neuvième jour, la poitrine percutée et auscultée fournit les mêmes signes; la fièvre, la dyspnée, la toux persistèrent. L'expectoration fut constamment celle d'une simple bronchite aiguë. Après le neuvième jour, le râle diminua, ainsi que la matité du son; le bruit de la respiration reprit peu à peu, à gauche, en arrière, la netteté qui existe dans l'état sain, et en même temps il devint moins fort dans les autres points de la poitrine. Le rétablissement ne tarda pas à être complet.

—

L'absence de toute expectoration caractéristique aurait rendu impossible le diagnostic de cette pneumonie, avant l'emploi de la méthode de l'auscultation. Ici, d'ailleurs, l'inflammation pulmonaire fut assez légère; elle ne dépassa pas très-vraisemblablement le premier degré, mais elle fut remarquable par sa longue durée: après être restée stationnaire pendant plusieurs jours, elle diminua peu à peu, sans que sa résolution fût hâtée ou favorisée par aucun phénomène critique. Nous ferons encore remarquer le caractère de la douleur qui précéda l'invasion de la pneumonie. Dépendait-elle d'une inflammation de la plèvre? Après avoir résisté aux émissions sanguines, elle

céda à l'emploi d'un vésicatoire appliqué sur l'endroit douloureux.

XLV. OBSERVATION.

Un jeune homme, âgé de seize ans, faiblement constitué, entra à la Charité dans le courant du mois d'avril 1821. Pendant l'hiver qui venait de s'écouler, il s'était livré à des travaux trop fatigants pour son âge et sa constitution. Il toussait depuis trois semaines. Lors de son entrée à l'hôpital, il avait une légère dyspnée et de la fièvre. A gauche, en arrière, la poitrine percutée résonnait un peu moins bien qu'à droite; là aussi existait un râle crépitant très-prononcé, sans mélange d'aucun bruit d'expansion pulmonaire. D'après ces signes, il était raisonnable d'admettre l'existence d'une pneumonie qui était dans le passage du premier au deuxième degré. Cependant l'expectoration *était celle du simple catarrhe*. La débile constitution du malade, l'état à peu près chronique de la pneumonie, et surtout le peu de gêne de la respiration, engagèrent M. Lerminier à n'employer que peu d'émissions sanguines. Le premier jour, quinze sangsues furent appliquées sur le côté gauche, et, dès le lendemain, on le couvrit d'un large vésicatoire, qu'on fit suppurer. Le malade ne prit, d'ailleurs, que quelques bouillons pour toute nourriture.

Pendant les quinze jours suivants aucun changement notable n'eut lieu, puis le son du côté gauche s'éclaircit peu à peu, le bruit de la respiration y redevint net, la toux cessa, la fièvre disparut, et le malade quitta l'hôpital très-bien portant vers le milieu du mois de mai.

—

On trouve dans cette observation un exemple assez remarquable de ces pneumonies latentes dont l'invasion, la marche

et les symptômes présentent une obscurité telle, que, sans l'auscultation et la percussion, elles seraient infailliblement méconnues. Beaucoup d'affections de poitrine, que l'on regarde souvent comme de simples catarrhes pulmonaires avec fièvre, doivent être rangées au nombre de ces espèces de pneumonies. Une telle méprise n'aurait rien de fâcheux, si plus d'une fois elle n'avait fait négliger l'emploi des moyens thérapeutiques convenables. Abandonnée à elle-même, parce qu'on en ignorait la nature, et que par suite on en méconnaissait le danger, cette forme de pneumonie a été souvent la source d'une désorganisation mortelle du poumon, de la production de tubercules dans son tissu, etc.

Il est des pneumonies latentes qui non-seulement ne sont annoncées par aucune expectoration caractéristique, mais dans lesquelles la respiration elle-même ne semble être nullement gênée. Ces pneumonies, *sans expectoration et sans dyspnée*, ne se montrent guère que dans le cours d'autres maladies. Nous y reviendrons à l'article des complications.

ARTICLE III.

ABSENCE SIMULTANÉE DES SIGNES FOURNIS PAR L'AUSCULTATION, LA PERCUSSION ET L'EXPECTORATION.

Nous n'avons observé ce cas qu'une seule fois.

XLVI. OBSERVATION.

Un tailleur, âgé de cinquante-un ans, entra à la Charité le 22 juillet 1822. Cet homme, sujet à s'enrhumer facilement depuis plusieurs années, et ayant quelquefois craché du sang, toussait beaucoup depuis une quinzaine de jours. Le 19 juillet,

dans la matinée, il sentit une vive douleur entre le sein du côté gauche et le sternum. En même temps, fièvre, toux plus fréquente et douloureuse. Le 20 et le 21, la douleur persista, la respiration devint gênée. État du 22, respiration courte, accélérée; parole haletante; petite toux presque continuelle, avec expectoration de crachats muqueux aérés. Persistance de la douleur, qui se fait un peu sentir à l'épigastre; la poitrine percutée résonne bien partout; auscultée, la respiration s'entend partout avec force et netteté, le pouls est fréquent et dur, la peau chaude et sèche. On regarda ce malade comme atteint d'une bronchite aiguë, compliquée de pleurésie gauche. (*Saignée de seize onces; quinze sangsues sur le point douloureux; boissons émollientes.*) Le sang se couvrit d'une couenne.

23 (cinquième jour), la douleur pleurétique avait presque entièrement disparu; l'auscultation et la percussion donnaient les mêmes renseignements; l'expectoration était toujours aussi insignifiante. Cependant la dyspnée avait beaucoup augmenté, la fièvre était intense. (*Quinze sangsues à l'anus.*)

Sixième jour, dyspnée extrême; face pâle, grippée; pouls tellement fréquent que les battements peuvent à peine être comptés. D'ailleurs, absence complète de douleur; toux rare, avec quelques crachats de catarrhe; sonorité de la poitrine conservée; bruit respiratoire net partout, mais très-fort. Il semblait évident que ni le parenchyme pulmonaire, ni les plèvres n'étaient atteints. Une simple bronchite ne pouvait guère être considérée comme la cause d'aussi graves accidents, et surtout d'une aussi forte gêne de la respiration; nous en avons cependant cité un exemple (page 251 de ce volume). En procédant par voie d'exclusion, on fut porté à croire à l'existence d'une péricardite, bien que le pouls fût d'ailleurs parfaitement régulier, et que les battements du cœur ne présentassent rien