

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



d'insolite, hors leur extrême fréquence. (*Trente sangsues à la région précordiale; saignée de douze onces.*) Le sang se couvrit d'une couenne. Le soir et toute la nuit le malade délira.

Septième jour, état comateux, nulle réponse aux questions. Mêmes symptômes du côté de la poitrine. (*Deux vésicatoires aux jambes.*) Dans la journée, la respiration devint stertoreuse, et le malade succomba la nuit suivante.

#### OUVERTURE DU CADAVRE.

Vive injection du tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères cérébraux, avec infiltration purulente en quelques points; ventricules latéraux distendus par une grande quantité de sérosité trouble.

Le poumon gauche présente près de sa base, et autour de l'insertion des bronches, plusieurs points où son tissu est rouge, compacte, facilement déchirable. Dans le poumon droit, à peu près aux mêmes endroits, il y a également hépatisation rouge mêlée à un commencement d'hépatisation grise. Le sommet du poumon droit est parsemé de quelques tubercules entourés d'un tissu très-sain. Les bronches sont rouges, pleines de mucosités; des adhérences molles unissent le bord antérieur du poumon gauche à la plèvre costale. Le péricarde ne présente aucune trace d'inflammation. Rien de remarquable dans les viscères de l'abdomen.

==

Cette observation est curieuse par l'absence de tous les signes qui auraient pu faire reconnaître l'existence d'une pneumonie. Celle-ci était cependant bien réelle : occupant à la fois les deux poumons, et déjà parvenue en quelques points

à son troisième degré, elle causa la grande dyspnée qu'en raison de l'absence des autres signes de pneumonie, on pouvait, avec quelque raison, rapporter à une péricardite. Répétons ici avec Morgagni : *Adeo in medicinâ facile est per ea ipsa interdum decipi, quæ facere videntur ad vitandas deceptiones!* (Epit. 20, par. 30.)