

sièges de la pneumonie n'étaient pas tous également fréquents. Exposons à cet égard quelques résultats numériques.

Sur cent cinquante-neuf pneumonies dont les observations ont été recueillies à l'hôpital de la Charité, quatre-vingt-dix affectaient le poumon droit, trente-huit avaient envahi le poumon gauche, dix-sept existaient à la fois des deux côtés; le siège des six autres ne fut pas connu.

Sur cinquante-neuf pneumonies, dont les observations bien détaillées, et ne pouvant laisser aucun doute sur la nature et le siège de la maladie, sont consignées dans les ouvrages de Morgagni, de Stoll, de De Haen, de Pinel (*Médecine clinique*) et de Broussais (*Traité des Phlegmasies chroniques*), trente-une se sont montrées à droite, vingt à gauche, et huit des deux côtés à la fois.

Ainsi, en dernier résultat, sur deux cent dix pneumonies, nous en trouvons cent vingt-une droites, cinquante-huit gauches, vingt-cinq doubles, et six dont le siège n'a pu être déterminé.

65. On a dit que les lobes pulmonaires supérieurs n'étaient presque jamais atteints de phlegmasie. Nous pouvons affirmer qu'ils s'enflamment assez fréquemment, moins souvent toutefois que les lobes inférieurs. En effet, sur quatre-vingt-huit cas de pneumonies, nous avons trouvé quarante-sept fois l'inflammation du lobe inférieur, trente fois celle du lobe supérieur, et onze fois le poumon enflammé dans sa totalité.

La pneumonie chronique, qui est telle dès son début, a été beaucoup plus souvent rencontrée par nous dans les lobes supérieurs que dans les autres parties du poumon.

66. Considérée toujours sous le rapport de son siège, la pneumonie présente une variété qu'il est important de signaler, à cause de l'obscurité que présente souvent son diagnos-

tic. Dans cette variété, l'inflammation n'occupe plus dans sa continuité une portion plus ou moins étendue du poumon; mais elle est disséminée sur une foule de points isolés que sépare un tissu parfaitement sain. Ces pneumonies partielles occupent un espace qui varie depuis celui qui pourrait être occupé par une grosse orange, jusqu'à celui qu'occuperait une noisette ou un pois. Lorsque l'on coupe par tranches un poumon qui est ainsi enflammé, on observe à la surface de la portion coupée un nombre plus ou moins considérable de petites plaques rouges ou grises, selon le degré de la phlegmasie, qui contrastent par leur couleur avec le tissu sain qui les sépare. Là où elles existent, on observe d'ailleurs différents degrés de dureté, de ramollissement ou de consistance, en rapport avec l'intensité et le degré de l'inflammation: tantôt on n'en observe qu'un petit nombre, tantôt elles sont très-multipliées; et si alors on les réunit par la pensée, on voit qu'elles occupent une grande partie du parenchyme pulmonaire, qu'elles équivalent, par exemple, à la phlegmasie d'un lobe entier. On trouve indistinctement ces pneumonies partielles dans toutes les parties du poumon. Cependant, sous le rapport du diagnostic, on doit distinguer surtout les inflammations bornées à la couche superficielle du tissu pulmonaire, qui est en contact avec les côtes, au bord antérieur du poumon, à la face diaphragmatique, à sa racine, et enfin à son centre. Nos observations nous ont offert des exemples de ces différents cas.

Ce sont là les *pneumonies lobulaires*, qui peuvent exister à l'état aigu comme à l'état chronique; leur existence est d'autant plus importante à signaler que plusieurs d'entre elles ne s'annoncent plus par les mêmes signes stéthoscopiques que ceux qui traduisent l'existence de la phlegmasie d'un lobe. Nous verrons plus bas en quoi consiste cette différence.

Il n'est pas rare de trouver entre ces inflammations partielles le tissu pulmonaire infiltré d'une grande quantité de sérosité; cette infiltration se distingue facilement d'une phlegmasie, et par la nature du liquide, qui est incolore, et surtout par la conservation d'élasticité et de consistance du tissu pulmonaire.

67. L'inflammation des bronches accompagne constamment l'inflammation du parenchyme pulmonaire. Leur membrane muqueuse offre une rougeur intense qui est à peu près égale dans les grandes et dans les petites ramifications. Lorsqu'un seul lobe est enflammé, la rougeur n'existe souvent que dans les bronches qui se distribuent à ce lobe.

68. Dans le plus grand nombre des cas, on trouve des traces de phlegmasies, telles qu'injection plus ou moins vive, concrétions albumineuses, léger épanchement séreux, purulent ou sanguin, dans la plèvre qui correspond au poumon malade; aussi avons-nous désigné, en général, l'inflammation du parenchyme pulmonaire sous le nom de pleuro-pneumonie. Il ne faut pas croire cependant, ainsi qu'on l'a pensé long-temps, que dans toute pneumonie, il y a en même temps pleurésie; car plus d'une fois, après le plus scrupuleux examen, la plèvre nous a paru parfaitement saine. Quelquefois aussi, bien qu'il y ait eu double pneumonie, nous n'avons trouvé de pleurésie que d'un côté. Il est très-rare de rencontrer des épanchements considérables dans la plèvre du même côté que la pneumonie: on conçoit même qu'un tel épanchement serait impossible, dans le cas où la totalité du poumon serait hépatisée. Une fois, nous avons vu la partie inférieure d'un des côtés du thorax occupée par un vaste épanchement; il n'avait refoulé vers la colonne vertébrale que le lobe in-

férieur du poumon; en haut, il était borné par le lobe supérieur hépatisé, adhérant aux côtes, et formant en quelque sorte la voûte de la cavité que remplissait l'épanchement (obs. L).

69. Les cavités droites du cœur sont le plus ordinairement distendues par un sang noir coagulé. — A moins de complication, les autres organes ne présentent rien de remarquable qu'une congestion veineuse, portée surtout à un haut degré dans le foie, la rate et les intestins, et qui est d'ailleurs variable, selon que l'agonie a été plus ou moins longue, et que la respiration a été plus ou moins gênée.

70. Nous nous arrêterons peu sur les causes occasionnelles de la pleuro-pneumonie; elles sont indiquées par tous les auteurs. Dans bien des cas elles sont fort obscures, et l'on en a souvent exagéré l'importance. Ici, d'ailleurs, comme pour la production de toutes les autres maladies, il faut admettre une prédisposition sans laquelle les causes occasionnelles restent sans influence. C'est en vertu de cette prédisposition que la même cause produit chez l'un une angine, chez l'autre une simple bronchite, chez un troisième une pleuro-pneumonie, chez un quatrième une gastrite ou une péritonite. Parmi les individus qui ont été exposés à l'action d'une température froide, tandis qu'ils étaient en sueur, le plus petit nombre est frappé d'inflammation du poumon. D'un autre côté, une phlegmasie pulmonaire se manifeste souvent, sans qu'on puisse la rapporter à aucune cause occasionnelle appréciable.

Au nombre des causes occasionnelles de la pleuro-pneumonie, on a placé la suppression de certains exanthèmes aigus, savoir, de la variole, de la rougeole et de la scarlatine. Je

crois qu'ici on a souvent pris l'effet pour la cause. Dans les cas où l'un de ces exanthèmes se flétrit, ne se développe pas convenablement, ou disparaît prématurément, la cause la plus commune doit en être rapportée à l'existence d'une phlegmasie interne, et en particulier d'une pleuro-pneumonie. Les symptômes de cette inflammation intercurrente sont souvent très-faiblement dessinés; elle échappe souvent à une investigation même attentive. La complication de la variole avec une pleuro-pneumonie, une gastro-entérite ou une méningo-céphalite, constitue certainement un grand nombre des varioles de mauvais caractère, que les anciens appelaient *malignes*. L'apparente liberté de la respiration a souvent inspiré, dans des cas de ce genre, une funeste sécurité. Soit donc que la respiration soit libre ou gênée, on ne doit jamais négliger de percuter, d'ausculter fréquemment la poitrine, au début, dans le cours et à la fin de la variole. Comment, sans l'emploi de cette double méthode, reconnaîtrait-on chez les varioleux, parmi les enfants surtout, une pneumonie qui n'est annoncée ni par la toux, ni par la dyspnée; ni par l'expectoration, et qui se masque sous un ensemble de symptômes dynamiques ou ataxiques?

Une de nos observations (obs. VII) tend à prouver que la pleuro-pneumonie peut être quelquefois le résultat d'une violence extérieure exercée sur les parois thoraciques. Ce cas constituerait une pleuro-pneumonie traumatique. Pourquoi, en effet, à l'instar du cerveau ou du foie, le poumon ne s'enflammerait-il pas sous l'influence de cet ordre des causes?

Au nombre des causes prédisposantes de la pleuro-pneumonie il faut placer l'existence des tubercules pulmonaires. Il est rare que les phthisiques ne soient pas plusieurs fois atteints d'inflammation aiguë du poumon pendant le cours de

leur longue maladie. Elle paraît être déterminée par l'irritation habituelle que la présence des tubercules produit dans le parenchyme pulmonaire. C'est d'ailleurs une règle générale pour tous les organes où se développent des tissus accidentels. Ainsi la membrane muqueuse intestinale s'enflamme et s'ulcère au-dessus des tubercules formés entre elle et les membranes subjacentes. Ainsi le cerveau se ramollit et se désorganise autour des diverses tumeurs nées dans son parenchyme. Les retours fréquents de l'inflammation pulmonaire favorisent à leur tour le développement des tubercules, et deviennent ainsi une des causes fréquentes de la mort prématurée de beaucoup de phthisiques. (Observ. XLVIII, XLIX.)

Les pleuro-pneumonies ne se montrent pas avec une égale fréquence dans toutes les saisons. C'est pendant le printemps qu'elles sont plus communes. Les mois de mars, d'avril et de mai, sont ceux où chaque année nous en observons un plus grand nombre dans les hôpitaux et en ville. A cette classe de maladie nous voyons constamment succéder, pendant l'été, un grand nombre d'inflammations intestinales.

Il résulte de nos observations que tous les âges sont à peu près également sujets à l'inflammation du parenchyme pulmonaire. Les enfants en particulier en sont très-fréquemment atteints. La pleuro-pneumonie des enfants constitue même une variété importante de cette maladie. Nous en parlerons plus bas avec quelque détail.

71. Le début de la pneumonie a lieu de plusieurs manières. Dans le plus grand nombre des cas, les malades sont pris tout-à-coup, souvent sans cause connue, d'un frisson plus ou moins violent et d'un point de côté. Le frisson précède le plus ordinairement le point de côté; d'autres fois, cependant, c'est le contraire qui a lieu. Chez plusieurs malades aucune douleur

pleurétique ne marque le début de la pneumonie ; chez d'autres il n'y a pas non plus de frisson , et les premiers symptômes sont une toux plus ou moins intense , avec oppression et fièvre.

Ainsi , dans ce cas , l'affection commence par le parenchyme même du poumon , et elle n'a été précédée d'aucun signe de catarrhe ; les malades passent en quelques instants d'un état de très-bonne santé à un état morbide grave. Mais il y a aussi des cas où la pneumonie succède insensiblement à une bronchite. Alors l'inflammation semble se propager peu à peu des grosses bronches aux petites , et gagner enfin les vésicules pulmonaires. Dans ce cas , tantôt l'apparition d'une douleur pleurétique , l'oppression qui devient tout-à-coup plus grande , signalent l'existence de la pneumonie ; tantôt , au contraire , les symptômes du catarrhe prennent graduellement une intensité plus grande ; on peut croire alors qu'il n'existe qu'une bronchite sur-aiguë , lorsque déjà l'inflammation a frappé le parenchyme. De là la nécessité d'avoir recours à l'auscultation (car à cette première époque la percussion est inutile , les crachats sont encore ceux du catarrhe) , toutes les fois qu'une bronchite est assez aiguë pour s'accompagner d'oppression et de fièvre.

Dans quelques cas plus rares que les précédents , on observe pendant quelques jours l'état général qui constitue la fièvre inflammatoire. Cet état est surtout présenté par des individus sanguins , pléthoriques , chez lesquels il semble qu'un sang trop riche ou trop abondant stimule trop fortement les organes , et les place tous en quelque sorte dans l'imminence de l'inflammation. Alors la vive injection des muqueuses extérieures , des conjonctives , des lèvres , de la langue , n'annonce pas plus de phlegmasie des muqueuses profondément situées , que la rougeur de la face et la teinte fortement rosée de tout

le système cutané n'indiquent une véritable inflammation de la peau. Nulle part encore il n'y a un travail inflammatoire local bien dessiné ; mais partout il y a tendance à sa production , et , pour peu que se prolonge cet état , on verra naître , selon les prédispositions et la susceptibilité variable des organes , une gastrite chez l'un , une arachnitis chez l'autre , une pneumonie chez un troisième. Dans ce cas l'invasion de la pneumonie ne s'annonce souvent par aucun symptôme local bien tranché ; il n'y a ni frisson , ni point de côté , mais de la toux survient , et la respiration s'accélère. C'est cet état que les anciens désignaient spécialement sous le nom de *fièvre péri-pneumonique*. Lorsque la pneumonie débute de cette manière , elle peut être facilement méconnue jusqu'à l'apparition des crachats ; car la toux est souvent légère , et telle qu'elle existe dans une simple bronchite ; quant à la dyspnée , il arrive souvent que les malades ne s'en plaignent pas , et l'accélération des mouvements inspiratoires peut être ou inaperçue , ou regardée comme le simple résultat de l'accélération de la circulation. De là l'importance d'examiner scrupuleusement les organes ; de là la nécessité de l'auscultation.

Tels sont les différents modes d'invasion de la pneumonie , lorsqu'elle est primitive ; mais si elle se montre pendant le cours d'une autre affection ; si , par exemple , elle complique soit une fièvre grave , soit une autre inflammation ; si elle survient chez un individu atteint de phthisie pulmonaire ou d'anévrysme du cœur , son invasion présente encore quelques modifications importantes à connaître.

Dans les fièvres graves , la pneumonie marque souvent son début par une forte dyspnée ; mais on ne pourrait rien conclure de ce signe isolé ; car dans ces maladies la respiration peut s'accélérer beaucoup , devenir singulièrement gênée , sans qu'il y ait pneumonie. L'apparition de la dyspnée doit

donc seulement éveiller notre attention, et nous porter à vérifier l'état des poumons par l'auscultation et la percussion. D'autres fois, dans ces mêmes fièvres, l'invasion de la pneumonie n'est marquée par aucune modification notable des phénomènes respiratoires, et l'ouverture du cadavre révèle seule l'existence d'une phlegmasie pulmonaire.

Dans beaucoup d'inflammations qui, par leur extrême acuité, ont jeté les malades dans une fausse adynamie, l'invasion de la pneumonie, loin d'être annoncée par une réaction plus ou moins vive, est au contraire uniquement marquée par une prostration subite et mortelle. On observe encore le même phénomène dans plusieurs de ces phlegmasies chroniques qui ont jeté les malades dans le dernier degré du dépérissement et du marasme. Une pneumonie survient-elle alors? elle n'est souvent annoncée ni par la douleur, ni par la dyspnée, ni par la toux; mais on remarque seulement l'amaigrissement rapide et l'altération de la face, ainsi que l'augmentation brusque, prématurée, de l'affaiblissement général (1).

Chez les individus phthisiques ou anévrysmatiques, une dyspnée plus grande marque ordinairement le début de la pneumonie; mais cette dyspnée peut être légitimement regardée comme le résultat d'une simple exaspération de l'affection préexistante; et comme chez ces malades les signes fournis par la percussion et l'auscultation n'ont souvent plus de valeur, il s'ensuit que chez eux l'invasion d'une pneumonie peut être-très facilement méconnue.

Enfin il n'est aucun des cas que nous venons de passer en

(1) C'est surtout chez les vieillards que les pneumonies, avec ou sans crachats caractéristiques, donnent souvent lieu à cet ensemble de symptômes qui constituent la fièvre adynamique de Pinel, sans qu'il y ait gastro-entérite.

revue, où l'auscultation, qui semblerait être le moyen le plus sûr pour révéler avec certitude l'époque du début de la pneumonie, ne puisse aussi devenir insuffisante. C'est lorsque l'inflammation commence par occuper la racine ou le centre du poumon, ou bien encore, lorsqu'elle est disséminée dans un petit nombre de lobules éloignés de la périphérie, et séparés les uns des autres par un tissu resté sain.

Rien n'est donc plus variable que le début de la pneumonie. Que de nuances, que de formes diverses dans l'invasion, depuis celle qui est annoncée par le frisson, la douleur pleurétique, la dyspnée, la modification du bruit respiratoire, jusqu'à celle qui n'est marquée par aucun signe caractéristique, et qui produit seulement, suivant la disposition où elle trouve les sujets, l'une ou l'autre de ces formes de maladies qui constituent les fièvres dites *essentiellles*. N'oublions pas surtout ces cas de pneumonies complètement latentes qui surviennent à leur tour au milieu de ces fièvres elles-mêmes, lorsque le point de départ de celles-ci a été l'intestin ou tout autre organe. Quelle habitude clinique ne faut-il pas pour reconnaître, au milieu de tant d'états différents, l'existence d'une même lésion! Cependant une telle connaissance est des plus importantes à acquérir: combien de pneumonies deviennent mortelles, parce que, méconnues à leur début, elles ne sont point alors convenablement combattues!

72. Après avoir signalé les différents modes d'invasion de la pneumonie, nous devons indiquer ses symptômes.

Cette maladie offre les symptômes caractéristiques suivants: Douleur plus ou moins marquée dans un des côtés de la poitrine, dyspnée, crachats visqueux et sanguinolents, son mat et modification du bruit respiratoire, mouvement fébrile.

Nous allons décrire d'abord chacun de ces symptômes en

particulier, puis nous montrerons comment ils naissent, augmentent et diminuent, comment ils se groupent et s'associent dans les diverses périodes de la maladie.

73. La douleur n'existe dans la pneumonie que lorsqu'il y a en même temps pleurésie, et c'est le cas le plus ordinaire. Cette douleur se fait le plus communément sentir au niveau, ou un peu au-dessous de l'un ou l'autre sein; plus rarement elle a son siège soit au-dessous des clavicules, soit tout-à-fait au bas des côtes, et même dans les hypochondres, soit enfin dans toute l'étendue des parois thoraciques d'un côté. Variable en intensité, c'est au début de la maladie qu'elle est le plus vive; puis elle s'affaiblit peu à peu, et cesse ordinairement d'exister long-temps avant la terminaison de la pneumonie; quelquefois elle survit à celle-ci; dans quelques cas on la voit disparaître et se renouveler à plusieurs reprises. Chez quelques malades elle précède de plusieurs jours l'apparition des autres symptômes; n'étant alors accompagnée ni de fièvre, ni de toux, ni de dyspnée, elle simule une pleurodynie, une simple douleur rhumatismale. Elle augmente par la toux, les mouvements inspiratoires, les changements brusques de position, la pression intercostale et la percussion; elle est exaspérée surtout par le décubitus sur le côté où elle existe. Chez tous les individus qui nous ont présenté cette douleur, nous avons trouvé la plèvre enflammée et couverte d'exsudations albumineuses membraniformes. Au contraire, nous avons vu constamment l'absence de la douleur coïncider avec l'état sain de la plèvre; mais ici la réciproque ne saurait être établie, et l'on trouve souvent la plèvre enflammée chez des individus dont la plèvre n'a été le siège d'aucune douleur. Lorsque cette membrane n'est pas enflammée, les malades n'éprouvent dans le côté affecté qu'une sensation de gêne et de malaise, une

sorte de poids plus ou moins pénible, une chaleur incommode et profonde, mais jamais une véritable douleur. Aussi les anciens avaient dit avec beaucoup de justesse, en parlant de la pneumonie: *Affert plus periculi quam doloris*. Nous aurons occasion de revenir encore sur la douleur pleurétique, lorsque nous parlerons des inflammations de la plèvre.

74. La dyspnée, dans la pneumonie, est en général en raison directe de l'étendue de l'inflammation, de son siège et de son intensité dans chacun des points qu'elle occupe. Cependant cette règle souffre d'assez nombreuses exceptions. En vertu d'une idiosyncrasie inexplicable, il est des individus dont une très-petite partie du tissu pulmonaire est enflammée au premier degré, et dont la respiration est néanmoins extrêmement gênée. Il en est d'autres, chez lesquels une bien plus grande portion du tissu pulmonaire est enflammée au deuxième ou au troisième degré, et qui éprouvent cependant une dyspnée beaucoup moins forte. La gêne plus ou moins grande de la respiration n'est donc pas un indice toujours fidèle de l'étendue de la pneumonie et de son degré. Ainsi nous avons vu des individus chez lesquels tout un lobe pulmonaire était hépatisé, et qui avaient à peine par minute 24 à 28 respirations; nous en avons vu d'autres chez lesquels la pneumonie était à la fois moins étendue et moins intense, et qui respiraient de 48 à 50 fois par minute (1). Il paraît, toutes choses égales

(1) Quelque accélérée que puisse devenir la respiration chez les individus atteints de phlegmasie du parenchyme pulmonaire, ce n'est point chez eux que cette respiration présente son maximum de vitesse; c'est dans des affections purement nerveuses, sous l'influence d'un simple trouble de l'innervation. Nous avons vu plus d'une fois en pareil cas les parois thoraciques se soulever jusqu'à 75 et 80 fois par minute; enfin, nous avons

d'ailleurs, que la phlegmasie des lobes supérieurs donne lieu à une dyspnée plus considérable qu'une phlegmasie aussi étendue et aussi avancée des lobes inférieurs (1).

— Du reste, il faut bien se garder de s'en rapporter à ce que disent les malades sur la gêne plus ou moins grande de leur respiration. C'est une chose fort remarquable que d'entendre un grand nombre de ces malades assurer qu'ils ne sentent aucune oppression, bien que leur respiration soit évidemment courte et accélérée.

— La dyspnée de la pneumonie offre plusieurs degrés. Lorsqu'elle est peu considérable, les malades n'en ont pas la conscience; ils ont la parole libre et facile; il faut même un peu d'attention pour s'apercevoir que les mouvements inspiratoires sont plus courts, plus accélérés que dans l'état physiologique; c'est surtout l'élévation plus forte des côtes qui révèle ce faible degré de dyspnée. A ce degré les malades peuvent changer de position, se placer sur le dos ou sur le côté, s'asseoir dans leur lit sans en ressentir de malaise et sans augmenter notablement la gêne de la respiration. A un degré plus fort, le malade peut encore ne pas sentir d'oppression; mais les

constaté une accélération bien autre de la respiration chez une jeune femme en proie à divers accidents hystériques. Chez elle, au milieu d'un accès pendant lequel existaient de violentes palpitations de cœur avec refroidissement et teinte bleuâtre des extrémités, nous comptâmes par minute 140 *mouvements respiratoires*. Nous ne sachions pas qu'on ait jamais noté une accélération aussi considérable de la respiration; elle resta aussi fréquente pendant plus d'une demi-heure; puis elle se ralentit peu à peu, les palpitations cessèrent, les extrémités reprirent leur chaleur, et, deux heures après, cette femme n'avait plus ni dyspnée, ni aucun autre signe d'état morbide des voies respiratoires ou circulatoires.

(1) J'ai vu cependant plusieurs fois cette inflammation des lobes supérieurs exister sans dyspnée.

mouvements inspiratoires sont courts et rapprochés; la respiration s'exécute à la fois par une forte élévation des côtes et par un abaissement très-marqué du diaphragme; les profondes inspirations sont impossibles; la parole est entrecoupée, haletante; les mouvements brusques dans le lit, et surtout l'action de se placer sur le séant, augmentent singulièrement la difficulté de respirer; le malade sent alors de l'oppression. A un degré plus élevé, l'oppression est aussi bien ressentie dans l'état de repos que dans le mouvement. Les malades se plaignent souvent d'avoir sur la poitrine comme un poids qui les étouffe; lorsqu'on les observe, il semble qu'étrangers à tout ce qui les environne, ils sont entièrement occupés à respirer; la face, d'un rouge violacé ou d'une pâleur livide, exprime une vive anxiété; les narines se dilatent avec force; les mouvements respiratoires sont très-fréquents et très-courts, comme si l'air ne pouvait pas pénétrer au-delà des premières divisions des bronches. Les malades peuvent à peine parler, tant ils sont haletants et comme essouffés. Lorsque la gêne de la respiration est portée à ce point, il est rare que la terminaison soit favorable; nous en possédons cependant quelques exemples.

Il arrive quelquefois que le côté de la poitrine où existe la pneumonie reste entièrement immobile au milieu des violents efforts que fait le malade pour respirer. Mais ce phénomène, rare dans la pneumonie, s'observe plus fréquemment dans le cas d'épanchements pleurétiques.

— Après que la plupart des symptômes de la pneumonie ont cessé, la respiration reste souvent encore gênée pendant quelque temps. Cette dyspnée n'est pas sensible tant que le malade reste en repos; mais elle reparait dès qu'il essaie de se lever et de marcher. Tant que ce reste de dyspnée persiste, on doit penser que la résolution de la pneumonie n'est pas en-