

Dira-t-on que la sueur guérit la pneumonie par le déplacement de l'*irritation*? Mais, pour qu'une irritation en guérisse une autre, il faut qu'elle soit supérieure à celle-ci : or, est-ce l'irritation légère de la peau pendant le travail de la sueur qui déplacera l'irritation bien autrement intense qui existe dans le poumon enflammé? Un violent érysipèle produirait à peine un pareil effet.

La pneumonie se juge encore par d'autres phénomènes critiques. Ainsi, nous avons rangé au nombre des crises la diarrhée qui termina la pneumonie dont il est question dans l'observation II. Nous n'avons cité qu'une seule observation de pneumonie terminée par une hémorrhagie critique (obs. VII); les auteurs n'en citent eux-mêmes qu'un très-petit nombre d'exemples bien constatés. Un cas remarquable d'hématurie critique a été cependant rapporté par M. le docteur Latour, d'Orléans.

Un garçon boulanger, dit ce médecin, sortant de son travail tout en sueur, s'exposa à un air très-froid. Aussitôt, frisson, lassitudes spontanées, pouls fort, dur; douleur latérale très-aiguë, crachats sanguinolents. Le lendemain, deux saignées; un peu de calme. Le troisième jour, légère complication gastrique; un grain d'émétique. Le soir, exacerbation des accidents de la veille; douleur latérale insupportable. Troisième saignée qui soulage un peu. Le quatrième jour, douleur de côté encore plus violente. Sangsues, vésicatoires; vers le soir, paroxysme intense, nuit agitée, léger délire. Le cinquième, douleur aiguë et pulsative dans la région lombaire, suppression de l'urine: vers le soir, la douleur des lombes devint atroce: un demi-bain semble la calmer; elle reprend bientôt plus d'intensité. Enfin, le malade, dans un état voisin du délire, sent le besoin d'uriner, et rend par l'urètre en une seule fois près d'une chopine de sang vermeil et sans aucun mélange. Dès lors les accidents se calment, et la maladie est ju-

gée. Le sixième jour, l'excrétion naturelle de l'urine se rétablit. La convalescence fut courte.

On a dit que la pneumonie se jugeait souvent par des abcès qui avaient spécialement leur siège dans les membres supérieurs: nous n'avons rien observé de semblable.

Enfin, au nombre des crises de la pneumonie, on a placé l'expectoration. Boerrhaave et son célèbre commentateur Van-Swieten, regardant la pneumonie comme le résultat de l'obstruction sanguine des artères du poumon, pensaient que le sang qui obstruait les petits vaisseaux, où il subissait une modification qui le transformait en matière morbifique, passait, au bout d'un temps plus ou moins long, de ces vaisseaux dans les bronches; si ce passage ne pouvait avoir lieu, il était emporté par le torrent circulatoire, et sortait de l'économie avec les urines, les selles, les sueurs, etc. De là, différentes crises, parmi lesquelles l'expectoration devait être considérée comme la plus fréquente et la plus salutaire. Mais de pareilles idées ne peuvent plus être admises aujourd'hui: les crachats sanguinolents de la pneumonie ne doivent pas plus être considérés comme une crise de cette maladie, que le pus formé à la surface de la plèvre ou du péritoine enflammés ne peut être considéré comme jugeant la pleurésie ou la péritonite.

87. La convalescence des pneumonies est ordinairement courte, lorsqu'elle est franche et vraie. Dès que l'inflammation pulmonaire a cessé, les forces reviennent avec une incroyable facilité, malgré le nombre et l'abondance des émissions sanguines qui ont été pratiquées; mais, plus peut-être que dans aucune autre maladie, il faut ici redouter les fausses convalescences. Chez un grand nombre de malades, un reste de phlegmasie pulmonaire, annoncé par l'auscultation, persiste pendant un temps plus ou moins long après que les différents

symptômes rationnels de la pneumonie semblent avoir disparu; cependant il est rare que, dans ce cas, l'examen attentif des différentes fonctions ne porte pas à soupçonner ce reste de phlegmasie. Ainsi, le malade ne sent plus aucune dyspnée, ses mouvements inspiratoires semblent naturels, la parole est libre; mais s'il se livre à de grands mouvements, s'il veut faire une inspiration profonde, s'il soutient une longue conversation, l'observateur attentif ne tarde pas à reconnaître que la respiration devient courte, accélérée, et que, suivant une expression vulgaire, le malade s'essouffle facilement. Après les repas, cette gêne de la respiration reparaît également. Il n'y a pas proprement de fièvre; mais le pouls conserve un peu de sa fréquence, et le soir le malade éprouve de la fatigue et du malaise. Si alors on ausculte la poitrine, on trouve un râle crépitant plus ou moins prononcé là où précédemment on a reconnu la pneumonie (1). L'ensemble des symptômes que nous venons de retracer peut être plus ou moins tranché; s'ils ne sont que peu marqués, ils échapperont facilement à l'investigation; si l'auscultation n'est point pratiquée, le malade sera regardé comme complètement guéri. Qu'est-il besoin de dire que de cette erreur de diagnostic doivent résulter presque nécessairement, soit une prompte rechute, soit une désorganisation lente du parenchyme pulmonaire? Un des plus précieux avantages de l'auscultation est certainement d'empêcher que d'aussi funestes méprises ne soient possibles; tant est admirable la précision avec laquelle l'auscultation indique, dans ce cas, le véritable état du poumon!

Nous avons encore à indiquer une autre cause, malheureusement trop fréquente, des fausses convalescences, à la suite de la pneumonie: cette cause réside dans le développement

(1) On peut même, dans cet état, continuer à entendre la respiration bronchique. (Note de la quatrième édition.)

rapide de tubercules pulmonaires. Il semble, dans ce cas, que, préexistant à l'inflammation, ils reçoivent de celle-ci une funeste impulsion qui favorise et leur multiplication et leur ramollissement. Peut-être aussi peuvent-ils alors se former de toutes pièces; quoi qu'il en soit, en même temps que les tubercules se développent, la phlegmasie du parenchyme paraît cesser entièrement, de sorte que la poitrine résonne parfaitement bien, et que la respiration s'entend partout avec netteté, mais pourtant avec plus d'intensité que dans l'état naturel: cependant les forces, loin de se rétablir, diminuent chaque jour; le malade maigrit, il tousse et respire difficilement; il a chaque soir un petit mouvement fébrile. Ces symptômes se dessinent de plus en plus, et bientôt il n'y a plus de doute sur l'existence d'une phthisie pulmonaire dont la marche est souvent très-rapide (obs. XLIX). Morton avait très-bien décrit cette espèce de phthisie, qu'il appelait *phthisis à peripneumoniâ*.

La convalescence de la pneumonie n'est pas seulement entravée par les deux causes précédentes; quelquefois le poumon reste engoué de sang ou de sérosité. Cet engouement n'est pas inflammatoire, car il ne cède point aux antiphlogistiques, et se dissipe au contraire par l'emploi d'une médication tonique; c'est une sorte d'infiltration passive qui succède à l'inflammation. C'est ainsi qu'on a vu plus d'une fois, chez des individus débilités par une cause quelconque, l'œdème suivre l'érysipèle des membres inférieurs; c'est encore ainsi qu'on observe souvent, à la suite des entérites, une infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-muqueux, etc. Le râle crépitant, une dyspnée légère, l'absence de fièvre, un état de langueur générale, accompagnent cette sorte d'engouement pulmonaire. De pareils signes sont sans doute insuffisants pour le distinguer d'un véritable état de phlegmasie, et le traitement est alors la véritable pierre de touche. Ici, comme dans beaucoup d'autres circonstances, ce n'est souvent qu'à

force de tâtonnement qu'on peut parvenir à établir un bon diagnostic, et par suite un traitement convenable. L'engorgement passif des poumons ne survient pas seulement à la suite des pneumonies; il survient vers la fin de beaucoup d'autres affections de longue durée, pendant le cours desquelles le décubitus a eu constamment lieu sur le dos; plus d'une fois nous l'avons vu céder à l'administration de la tisane de polygala et du kermès, après qu'il avait résisté à l'emploi longtemps continué de simples boissons adoucissantes, et même aux émissions sanguines. Un exercice modéré, un air sain, un régime un peu nutritif, doivent aussi en hâter la résolution.

88. C'est une grande question, souvent débattue depuis Hippocrate jusqu'à nous, de savoir si les maladies ont une tendance naturelle à se terminer au bout d'un certain nombre de jours fixes, appelés *jours critiques*. Une pareille question ne saurait être décidée *à priori*; c'est aux faits seuls qu'il appartient de prononcer. La pneumonie est une des maladies où la question semble le plus facile à résoudre, parce que, d'une part, l'époque précise de son début est le plus souvent très-bien marquée, et parce que, d'autre part, l'époque de sa terminaison est souvent aussi très-tranchée. Remarquons, d'ailleurs, que dans un hôpital il est difficile de savoir toujours exactement comment et quand a commencé la maladie; aussi est-ce plutôt dans la pratique civile que peuvent être faites les recherches convenables sur les périodes des maladies et sur leurs jours critiques. Voici, du reste, un résumé de nos observations sur la durée de la pneumonie dans cent douze cas.

| Nombre des pneumonies. | Durée. |
|------------------------|----------|
| 3. | 4 jours. |
| 2. | 5 |
| 6. | 6 |

| Nombre des pneumonies. | Durée. |
|------------------------|--------|
| 23. | 7 |
| 2. | 8 |
| 4. | 9 |
| 11. | 10 |
| 13. | 11 |
| 1. | 12 |
| 2. | 13 |
| 11. | 14 |
| 2. | 15 |
| 2. | 16 |
| 9. | 20 |
| 1. | 27 |
| 1. | 42 |

Parmi les pneumonies dont l'époque précise de la terminaison n'a pu être déterminée,

| | |
|-------------|-----------------|
| 3 ont duré. | de 5 à 7 jours. |
| 12. | 7 à 14 |
| 7. | 14 à 20 |
| 4. | 20 à 30 |

Il résulte de ce tableau que les jours où l'on a observé la terminaison du plus grand nombre de pneumonies, sont le septième, le onzième, le quatorzième et le vingtième.

De ces cent douze pneumonies, une seule a duré plus de trente jours et a pu être considérée comme une affection chronique.

Depuis que ce tableau a été composé, nous avons trouvé un certain nombre de pneumonies qui ont persisté bien au-delà du terme le plus long qui vient d'être indiqué. Ainsi nous avons vu chez une femme de quarante-sept ans le son rester

mat dans toute la partie postérieure d'un des côtés du thorax, et la respiration bronchique continuer à se faire entendre dans cette même partie pendant près de trois mois à dater du jour où la pneumonie avait débuté. Au bout de ce temps seulement, le son mat commença à devenir plus clair, et la respiration bronchique diminua d'abord d'intensité, puis disparut. Long-temps avant la disparition du son mat et de la respiration bronchique, toute espèce de fièvre avait cessé, et l'appétit s'était rétabli. Cette femme ne présentait plus aucune trace d'affection pulmonaire, lorsqu'elle quitta l'hôpital, quatre mois après y être entrée avec tous les signes d'une pneumonie aiguë des mieux caractérisées (1).

Nous avons vu d'autres individus chez lesquels, pendant six semaines au moins après la disparition de tous les symptômes de la pneumonie, on continuait encore à entendre du râle crépitant dans une étendue souvent très-grande. Cependant ces individus avaient des forces; ils étaient sans fièvre: leur appétit était bon, et ils pouvaient le satisfaire sans inconvénient. Ils toussaient à peine, et ne semblaient point avoir de dyspnée. Cependant ce râle diminuait par degrés, et finissait par disparaître. En pareil cas, ce râle nous paraît plutôt se lier à un œdème pulmonaire qui a succédé à la pneumonie, qu'à un reste de cette pneumonie elle-même.

(1) Ce cas me paraît aujourd'hui tellement extraordinaire, que je suis très-porté à penser que la malade, après avoir eu au début une inflammation du poumon, avait été ensuite atteinte d'une pleurésie terminée par épanchement, et que c'est celui-ci qui produisit pendant si long-temps le son mat et le souffle bronchique; car de nombreuses observations m'ont appris que dans les épanchements qui ne sont pas très-considérables, on entend ce souffle plus souvent que je ne le croyais à l'époque où la Clinique a été publiée.

(Note de la quatrième édition.)

89. Lorsque la pneumonie chronique est primitive, il est bien difficile d'en assigner la durée, parce qu'on ne peut guère établir l'époque à laquelle elle a commencé; le plus souvent en effet elle s'établit insensiblement pendant le cours d'une bronchite chronique. C'est aussi peu à peu et d'une manière sourde que le poumon s'enflamme autour des tubercules. Peut-on dire que, dans ce cas, la pneumonie a précédé la formation des tubercules? Nous ne le pensons pas. En effet, dans le premier degré de la phthisie, lorsque les tubercules sont encore crus et peu nombreux, la poitrine conserve une sonorité parfaite et la respiration s'entend partout avec une grande netteté: c'est là le cas le plus général. Le parenchyme pulmonaire n'est donc pas alors enflammé. Si les malades meurent, l'ouverture du cadavre démontre aussi cette absence de phlegmasie. Plus tard, lorsque les tubercules se multiplient et commencent à se ramollir, on entend souvent en plusieurs points du râle crépitant, sans que d'ailleurs il y ait encore obscurcissement du son. Si la mort survient à cette époque, on trouve autour des masses tuberculeuses le tissu pulmonaire fortement engoué, souvent ramolli (premier degré et commencement du deuxième). Enfin, à une époque encore plus avancée, lorsqu'il y a ramollissement plus considérable des tubercules et formation de cavernes, le son est le plus souvent mat autour des points où l'auscultation découvre l'existence des excavations tuberculeuses, et là aussi on trouve après la mort le poumon dur, imperméable à l'air, grisâtre, infiltré de pus, en un mot, tel qu'il existe dans le troisième degré de la pneumonie. Nous ne confondons pas d'ailleurs cette infiltration purulente avec l'infiltration tuberculeuse, si bien décrite par Laennec.

Ces faits nous semblent prouver d'une manière incontestable, qu'ici la pneumonie chronique, consécutive à la forma-

tion des tubercules, résulte de l'irritation continuelle que ces derniers entretiennent dans le parenchyme pulmonaire qui les entoure. Il s'en faut qu'il soit aussi aisé de prouver que les tubercules ne sont pas le produit d'une bronchite antécédente : mais ce n'est point ici le lieu d'aborder cette question (1).

Aucune expectoration caractéristique, aucun signe autre que ceux fournis par l'auscultation et la percussion, n'annoncent l'existence de ces pneumonies chroniques consécutives. Elles sont une des causes qui accélèrent la mort des phthisiques, soit par le seul fait de leur existence, soit parce qu'elles favorisent le développement et le ramollissement des tubercules. Elles peuvent être combattues avec avantage, surtout à leur premier degré, par un traitement antiphlogistique bien dirigé. Les émissions sanguines sont indiquées dans le cours de la phthisie bien plutôt pour faire avorter ces pneumonies intercurrentes, que pour combattre directement l'affection tuberculeuse, sur laquelle elles ne semblent avoir qu'une bien douteuse influence.

90. Après avoir étudié la pneumonie, telle qu'elle se présente dans le plus grand nombre des cas, passons rapidement

(1) Tout en reconnaissant que, dans un grand nombre de cas, la pneumonie ne prend naissance que consécutivement aux tubercules, et que par conséquent elle ne saurait en être regardée comme la cause, nous devons aussi admettre qu'il est d'autres cas où la pneumonie chronique a évidemment précédé la formation des tubercules. C'est ce qui paraît avoir lieu, lorsqu'au milieu d'un poumon hépatisé presque en totalité, on trouve disséminés quelques tubercules à l'état naissant. Ils sont trop petits et trop peu nombreux pour avoir pu produire l'hépatisation de tout un poumon ; c'est au contraire cette hépatisation qui très-vraisemblablement en a au moins favorisé le développement. Pour une discussion plus étendue de ce point de doctrine, consultez mon *Précis d'Anatomie Pathologique*.

en revue ses nombreuses variétés ; toutes sont importantes à bien connaître.

De ces variétés, les unes sont relatives au siège. Ainsi la pneumonie peut affecter les deux poumons ou un seul : bornée à un seul poumon, elle peut n'exister que dans quelques portions circonscrites, s'être en quelque sorte disséminée sur plusieurs points isolés, et constituer de cette manière un nombre plus ou moins considérable de petites inflammations partielles. Dans le cas de pneumonie double, l'égalité de diminution du son des deux côtés rend nuls, ou du moins infidèles, les renseignements fournis par la percussion : il n'est pas d'ailleurs besoin de dire que le pronostic devient alors beaucoup plus grave. Dans le cas de pneumonies partielles, en raison du siège profond et peu étendu de l'inflammation, l'expectoration seule révèle souvent la véritable nature de la maladie et la distingue d'une simple bronchite aiguë.

D'autres variétés très-importantes sont relatives à l'absence d'un ou de plusieurs symptômes, d'où résulte la pneumonie latente. Il est bien démontré qu'une phlegmasie intense du parenchyme pulmonaire peut exister sans être annoncée par la dyspnée, la toux, les crachats. Quelquefois même il peut arriver que ces signes manquent ; l'auscultation et la percussion cessent elles-mêmes de révéler le véritable état du poumon (obs. XLIV) : le diagnostic devient alors impossible à établir. Nous avons déjà fait remarquer que ces pneumonies latentes, rarement primitives, surviennent surtout lorsqu'une inflammation du poumon complique une autre maladie.

Les différents âges des individus atteints de pneumonie apportent dans les symptômes des nuances assez prononcées pour constituer surtout deux remarquables variétés de cette phlegmasie, savoir, la pneumonie des enfants et la pneumonie des vieillards.

Nous comprenons sous le nom de *pneumonie des enfants* celle qui les frappe depuis leur naissance jusqu'à l'âge de dix ans. Pendant toute cette période, la pneumonie est très-fréquente, et elle est une des causes puissantes de la mortalité des enfants : elle est donc très-importante à bien connaître. Les symptômes qui l'annoncent sont le plus souvent très-obscur. En effet, chez les enfants, l'expectoration est bien souvent nulle; si la pneumonie n'est qu'au premier degré et peu étendue, la percussion ne fait souvent reconnaître aucune différence de son dans les différents points de la poitrine. Presque jamais l'on n'observe une matité aussi considérable que chez l'adulte; mais souvent, en comparant attentivement le son rendu des deux côtés, on trouve, non pas un véritable son mat, mais une sonorité moins grande du côté où existe la pneumonie. De ce même côté, l'auscultation fait entendre du râle crépitant avec les mêmes modifications qu'il présente chez l'adulte. Il est infiniment rare que l'on cesse d'entendre entièrement ce râle; mais, plus souvent que chez l'adulte, il se confond avec le râle muqueux. Il est d'ailleurs des cas fréquents où, en raison du siège de la pneumonie, le bruit respiratoire conserve toute sa netteté : dans ce cas, la toux, la dyspnée et la fièvre ne sont plus des signes suffisants pour caractériser la pneumonie; la dyspnée elle-même peut, d'ailleurs, ne pas exister, comme dans beaucoup de pneumonies des adultes.

Cependant le diagnostic est ici d'autant plus important à établir, qu'il peut exercer sur le traitement la plus grande influence. Dans plus d'un cas de pneumonie, il est arrivé qu'on a considéré la toux et la dyspnée comme le résultat purement mécanique de l'accumulation des mucosités dans les bronches; on n'a cherché qu'à débarrasser celles-ci par l'administration des vomitifs et de divers expectorants incisifs, et l'on a né-

gligé l'emploi des émissions sanguines, qui, en détruisant la cause, auraient fait cesser l'effet. Il est toutefois très-vrai de dire qu'à la suite des saignées, les enfants sont souvent soulagés par l'administration d'un doux vomitif, qui chez eux supplée très-avantageusement à l'expectoration; mais gardons-nous de mettre ce moyen secondaire à la place du moyen principal.

L'ouverture du cadavre montre rarement chez les enfants une véritable hépatisation rouge ou grise des poumons; le plus souvent on observe un simple engouement avec ou sans ramollissement du tissu. C'est ce même état que nous avons précédemment indiqué chez les adultes, et qui indique, comme nous l'avons déjà dit, le passage du premier au deuxième degré. C'est chez les enfants qu'on rencontre le plus fréquemment les petites inflammations que nous avons signalées; ces inflammations occupent une foule de points, séparés par un tissu très-sain, et dont chacun égale souvent à peine le volume d'une noisette. De là aussi la fréquente insuffisance de l'auscultation et de la percussion dans un grand nombre de pleuro-pneumonies des enfants : l'inflammation se trouvant, en quelque sorte, disséminée chez eux sur un grand nombre de points, il s'ensuit que c'est seulement aussi par points isolés que la sonorité sera diminuée et le bruit respiratoire modifié.

La pneumonie des vieillards se présente souvent telle qu'on l'observe dans l'âge moyen de la vie; mais elle produit en général une prostration beaucoup plus rapide; il semble aussi que chez eux l'inflammation pulmonaire arrive plus facilement et plus promptement au troisième degré. Elle complique souvent la bronchite chronique dont beaucoup de vieillards sont atteints : on observe alors une grande dyspnée, qui fixe surtout l'attention, et, d'après ce phénomène principal, on donne

à la maladie le nom de catarrhe suffocant. Dans un grand nombre de cas de ce genre, l'expectoration est nulle, et les mucosités accumulées en grande quantité dans les bronches produisent un râle muqueux qui empêche que l'auscultation n'éclaire sur l'état du parenchyme pulmonaire.

Ici, comme dans la pneumonie des enfants, les différents moyens à l'aide desquels on cherche à favoriser l'expectoration peuvent être utiles; mais ils ne doivent pas former la base du traitement. Malgré le grand âge et la faiblesse des malades, il ne faut pas hésiter à pratiquer hardiment des émissions sanguines. Si cependant aucun soulagement ne suit les premières saignées faites avec la lancette ou les sangsues; si, après qu'elles ont été pratiquées, la prostration augmente, il faut renoncer de bonne heure à leur emploi, et recourir aux révulsifs, appliqués tour à tour sur la poitrine et sur les membres.

La pneumonie présente encore plusieurs variétés relatives à ses complications, telles que fièvres graves, pleurésies avec épanchement, péricardites, arachnitis, gastro-entérites, tubercules pulmonaires, anévrysmes du cœur, etc. Les symptômes de ces diverses maladies et ceux de la pneumonie se masquent, se compliquent; il faut avoir alors une grande habitude clinique pour démêler dans cet ensemble de phénomènes morbides ce qui appartient à la lésion de tel ou tel organe. Nous ne pouvons à cet égard rien dire de général, et nous renvoyons aux observations particulières consignées dans l'article 4.

On a encore décrit, comme une variété de l'inflammation du poumon, la fausse pneumonie (*peripneumonia notha vel spuria*). Sous cette dénomination doivent se ranger plusieurs affections qui simulent effectivement, par plusieurs de leurs symptômes, la phlegmasie du parenchyme pulmonaire, mais qui en diffèrent essentiellement, par la nature de la lé-

sion organique. Ainsi une bronchite aiguë, accompagnée de fièvre, de dyspnée, de crachats visqueux, peut en imposer pour une pneumonie; mais, dans ce cas, la poitrine reste sonore, on n'entend que du râle bronchique, et les crachats, bien que présentant souvent des stries de sang, ne sont pas uniformément combinés avec ce liquide. Il est cependant des cas où la bronchite aiguë semble se confondre avec un commencement d'inflammation du parenchyme, et la distinction précise entre ces deux maladies devient alors très-difficile à établir. Heureusement, une pareille distinction est peu importante dans la pratique; car une bronchite générale très-aiguë, et une pneumonie au premier degré encore peu étendue, offrent un danger à peu près égal et présentent les mêmes indications à remplir.

Une autre sorte de fausse pneumonie est celle qui résulte de la congestion sanguine dont les poumons sont fréquemment le siège au début des fièvres éruptives (variole, rougeole et scarlatine). Les malades éprouvent alors une dyspnée plus ou moins violente, qui cesse comme par enchantement, en même temps que l'éruption se manifeste (obs. XI). Est-ce de cette simple congestion sanguine que dépend la légère matité de la poitrine qui avait été remarquée par Avenbrugger et Corvisart, chez les individus qui sont au début d'une fièvre éruptive?

Pendant le cours et à la fin de beaucoup de maladies chroniques, les poumons présentent aussi, surtout postérieurement, une congestion séreuse ou sanguine qui diffère de la précédente en ce qu'elle semble être essentiellement passive. On dirait que dans ce cas le sang engorge les poumons, comme chez les scorbutiques il engorge le tissu des gencives, la peau, les différentes membranes muqueuses, comme chez d'autres il remplit et gonfle la rate.