

deux phénomènes sont possibles, qui, bien qu'opposés, ont la même signification : ils annoncent tous deux le stade critique. C'est tantôt une élévation subite de la température qui dépasse de plusieurs dixièmes de degré les exacerbations vespérales des jours précédents : ce phénomène répond exactement à la *perturbatio critica* des anciens. C'est ailleurs, au contraire, une rémission beaucoup plus considérable que celles qui avaient été observées durant la période d'état. Dans les deux cas, je le répète, on peut annoncer la fin de l'acmé et le commencement du déclin.

Le moment de la défervescence varie dans des limites assez étendues chez les divers malades; mais la comparaison d'un grand nombre de faits me permet de formuler les conclusions suivantes, qui ne s'éloignent pas de celles du professeur Wunderlich et de Thomas. Dans un cinquième des cas, le début de la crise est compris entre le troisième et le cinquième jour inclusivement; dans les trois cinquièmes des cas, il tombe entre le cinquième et le septième inclusivement; dans le dernier cinquième, il a lieu après le septième jour, et généralement alors du septième au neuvième. Chez le malade dont je vous ai parlé, la défervescence a commencé le cinquième jour au matin; chez nos trois autres pneumoniques, l'époque de son début est exprimée ainsi : sixième jour au soir, une fois; septième jour au matin, une fois; huitième jour au matin, une fois. Ces chiffres vous montrent ce qu'il faut penser du prétendu rapport qui existerait entre les crises et les jours impairs : sur nos quatre malades la crise n'a débuté que deux fois au jour classique. Une telle proportion est purement fortuite, je le sais bien;

mais les observations infiniment plus nombreuses des médecins de Leipzig, celles de Griesinger et de Lebert, montrent positivement que la défervescence pneumonique se fait à peu près également les jours pairs et les jours impairs; il y a bien, en faveur de ces derniers, une petite différence, mais elle est si minime, qu'en bonne conscience elle ne peut être attribuée qu'au hasard. Thomas, qui a apporté dans ces recherches une précision et une patience qui n'ont pas été égalées, a démontré en outre que le début de la crise se fait indifféremment pendant la première et pendant la seconde moitié du jour.

On observe parfois dans le cours de la pneumonie une fausse défervescence, de la possibilité de laquelle il est bon d'être prévenu, afin d'éviter une erreur de pronostic. En dehors de toute action thérapeutique, sans phénomène pathologique insolite, le thermomètre se met à baisser, et cette chute, comme celle de la défervescence vraie, dépasse de beaucoup les rémissions quotidiennes des jours précédents. Les choses vont ainsi pendant quelques heures, dix à douze en général; puis la température se relève au niveau primitif, si même elle ne le dépasse. Il est à remarquer que cette défervescence illusoire, ou fausse crise, n'est accompagnée d'aucune amélioration dans l'état du malade.

Avec la défervescence légitime coïncident toujours trois phénomènes considérables. L'exsudat fibrineux coagulé dans le poumon commence à se liquéfier, et la perméabilité renaissante de l'organe est révélée par les râles humides à bulles plus ou moins fines, dits râles de retour. Le malade cesse de maigrir. Pendant les périodes d'ascension et d'état, obligé de faire aux dépens de lui-même

les frais de la combustion ou dépense exagérée qui appartient à toute fièvre, il avait perdu chaque jour une partie de son poids : une observation de Wachsmuth nous apprend que cette perte au moment de l'acmé peut atteindre un kilogramme pour vingt-quatre heures ; mais dès que la défervescence s'établit, le déchet cesse avec une rapidité vraiment extraordinaire, et si le patient prend quelque aliment, il commence aussitôt à regagner une partie de ce qu'il avait perdu. Le malade de Wachsmuth dont je viens de vous parler, présenta une diminution de poids de 718 grammes la veille du début de la défervescence ; le jour même où le thermomètre commença à baisser, il ne perdit plus que 57 grammes, et le lendemain, comme il avait été légèrement alimenté depuis la veille, ce jeune homme regagnait déjà 200 grammes. L'importance pratique de ces données pour le régime des malades après la défervescence apparaît d'elle-même.

Enfin l'urine, expression mathématique du bilan de l'organisme, subit dès le début de la crise une série de modifications qui lui rendent rapidement ses qualités physiologiques. L'excrétion d'urée, qui, durant la période d'état, s'élève ordinairement, malgré la diète, à 35, 40, 50 grammes par jour, et qui peut même atteindre le chiffre colossal de 68, 70 et 85 grammes, ainsi que le prouvent certaines observations de Metzger, de Vogel et de Parkes, l'excrétion d'urée, dis-je, retombe en quarante-huit heures à sa moyenne normale, qui oscille, comme vous le savez, entre 28 et 32 grammes. La production d'acide urique s'était accrue jusqu'à 80 centigrammes et même 1 gramme par jour ; elle s'abaisse dans le même intervalle à 50 ou 55 centigrammes, poids qui en exprime

la moyenne pour l'état de santé. Les chlorures, en revanche, qui avaient notablement diminué dès le stade d'ascension, et qui pendant l'acmé tombent fréquemment à 1 gramme, à quelques centigrammes ou même à 0, reparaissent dans l'urine dès que la défervescence est commencée, et ils s'y montrent alors en bien plus grande abondance qu'à l'état physiologique. En effet, les chlorures de l'urine, évalués en chlorure de sodium, ont une proportion moyenne de 11 1/2 grammes pour vingt-quatre heures, et dans la défervescence de la pneumonie ils sont compris entre 15 et 25 grammes. Cette augmentation des chlorures est toujours un peu plus tardive que l'abaissement initial du chiffre de l'urée. En même temps que ces changements se produisent par suite de la cessation de la combustion fébrile, la quantité totale d'urine sécrétée en vingt-quatre heures revient à son chiffre normal, au-dessous duquel elle était tombée, et la densité, fortement accrue pendant l'acmé, retombe aux moyennes de la santé.

Vous voyez, messieurs, l'admirable enchaînement des phénomènes de la défervescence, et comment ils sont tous le résultat physiologique nécessaire de la chute de la fièvre, qui marque la clôture du cycle pneumonique. Vous pouvez comprendre maintenant pourquoi je n'ai rien fait à notre malade. Nous savons que la pneumonie peut guérir seule, premier point ; puis les connaissances exactes que nous possédons aujourd'hui sur la marche naturelle de la maladie nous permettent d'apprécier avec une rigoureuse précision l'évolution de chaque cas particulier, et de la comparer jour par jour au type normal : conséquemment lorsque cette comparaison, ne montre chez le malade aucune déviation notable de ce

type régulier, il n'existe aucune raison plausible d'intervenir, et de troubler, sous prétexte de la diriger, une opération naturelle qui marche fort bien d'elle-même. Cette conduite est d'autant plus légitime, d'autant plus nécessaire, que la pneumonie ne présentant aucune indication spécifique constante basée sur la cause, sur la nature de l'affection ou sur la lésion, les raisons d'agir ou indications ne peuvent être cherchées que dans les conditions particulières de l'individu, et dans les effets produits sur lui par la maladie, c'est-à-dire dans les symptômes. Lors donc que les conditions individuels sont favorables, lorsque les symptômes, contenus dans de justes limites, parcourent régulièrement et normalement les diverses phases de leur évolution, la seule indication rationnelle est de ne rien faire, et d'attendre patiemment la défervescence naturelle de la phlegmasie.

Telles ont été précisément les circonstances dans lesquelles notre malade s'est présenté à notre observation. La fièvre, dont l'intensité est quelquefois à elle seule une indication formelle d'agir, était modérée; la température, dont l'élévation extrême est par elle-même un indice de danger imminent, ne dépassait pas 40 degrés; la dyspnée existait, mais n'était pas excessive; les battements du cœur et le pouls avaient une force satisfaisante; les phénomènes d'asphyxie faisaient défaut; les accidents cérébraux manquaient, et rien ne pouvait en faire craindre le développement. Enfin les conditions antérieures et actuelles du malade étaient rassurantes, il n'y avait rien à faire, je n'ai rien fait, et l'événement a justifié mon abstention.

Cette conduite est celle que vous devez tenir dans tous

les cas analogues. Mais gardez-vous, messieurs, de tomber dans une exagération condamnable; gardez-vous de transformer mon conseil à portée restreinte et définie en une proposition absolue. Dans beaucoup de cas, l'abstention serait une faute. En raison même des sources que j'ai assignées aux indications, il est facile de prévoir que celles-ci sont éminemment variables. En fait, ne l'oubliez pas, il existe des pneumoniques, et non pas des pneumonies, et vous ne devez jamais confondre la réserve thérapeutique rationnelle avec l'inertie de parti pris.