

côté coïncidant avec les symptômes fonctionnels d'une pneumonie, tels sont les caractères de la pneumonie *centrale*. Avant l'apparition d'un crachat révélateur, on la devine plus qu'on ne la diagnostique, à moins qu'elle ne gagne la superficie.

On a appelé *migratrice* ou *ambulante* une pneumonie à foyers d'hépatisation successifs, évoluant d'une façon subintrante en divers points du poumon avec leurs signes et leurs phases classiques.

La pneumonie n'est jamais *double* d'emblée, le premier côté pris est encore hépatisé ou déjà en résolution lorsque le second est envahi (du quatrième au treizième jour). Comme il n'y a ni nouveau frisson, ni nouveau point de côté, l'auscultation seule peut saisir l'extension de la lésion, à moins qu'un début de défervescence n'ait rendu possible une reprise fébrile. C'est l'asphyxie qui est surtout à redouter. En cas de guérison, la résolution commence dans les dernières régions atteintes.

Le pronostic de la *pneumonie massive* est encore plus sévère. Ses signes sont fort obscurs. Une matité absolue, avec silence respiratoire complet, une dyspnée formidable sans expectoration, lui donnent à s'y méprendre le masque de la pleurésie à grand épanchement. Elle n'en diffère que par la brusquerie avec laquelle cet ensemble se constitue et qui est incompatible avec l'idée d'une exsudation pleurale.

III. — L'absence d'expectoration, la bronchite souvent surajoutée, la fréquence de la localisation au sommet et des formes abortives sont autant de traits spéciaux aux *pneumonies de l'enfance*. La prédominance des signes nerveux les fait encore plus sortir de la banalité.

Rilliet et Barthez ont pu nommer *cérébrales* des pneumonies, dont les unes, accompagnées de convulsions, parfois générales dès le début, rappellent l'éclampsie (*forme éclamptique*), tandis que d'autres, par la réunion des vomissements, du mal de tête, du délire, de la constipation opiniâtre, avec l'inégalité du pouls, parfois même le strabisme et la torpeur, rappellent trait pour trait la méningite (*forme méningitique*). Seule la marche plus rapide, plus fébrile et les signes thoraciques indiquent la vraie nature du mal.

Enfin, certaines pneumonies infantiles peuvent offrir la physionomie de la fièvre typhoïde (*forme typhoïde* de Cadet de Gassicourt) et par la stupeur, la diarrhée jointe au mal de tête, peuvent en éveiller l'idée; d'autant plus que point de côté et frisson peuvent faire défaut. Toutefois, la marche différente de la température et les signes thoraciques localisés à un seul poumon (sommet ou base) suffisent généralement à faire éviter l'erreur.

Les *vieillards* encore verts peuvent faire des pneumonies normales. Plus souvent, la maladie affecte à cette période de la vie des

allures très spéciales. Elle y est assez fréquente et assez grave pour qu'on ait pu la considérer comme la fin naturelle des vieillards. On peut cependant la voir guérir, mais il n'est pas rare alors que la résolution soit assez traînante pour rendre vraisemblable le diagnostic de tuberculose.

La terminaison fatale est une éventualité bien plus habituelle. Dans ces cas, tantôt la pneumonie se montre avec son cortège classique, mais avec une prédominance remarquable de la torpeur et de l'adynamie, symptômes qui, coïncidant avec la faiblesse croissante de la contraction cardiaque, persistent jusqu'à la mort qui résulte du collapsus; tantôt au contraire la maladie est absolument *latente*. C'est ainsi que l'on voit succomber dans le coma, d'une manière tout à fait inattendue, des sujets qui s'étaient alités quelques heures avant, ne s'étant plaints les trois ou quatre jours précédents que d'un malaise vague avec frissonnements, ne troublant en rien leur vie habituelle. A peine eût-on remarqué chez eux, à un examen plus attentif, un peu d'abattement ou d'agitation nocturne et de la sécheresse de la langue. Seul le thermomètre, en indiquant constamment une élévation de la température rectale (qui doit toujours être prise dans ces cas), peut alors révéler un état grave dont l'auscultation précise la nature, rapidement confirmée par l'examen anatomique qui fait constater une pneumonie suppurée.

D'autres fois, un *ictus apoplectique* avec résolution complète, parfois hémiplegie, et même déviation conjugugée de la tête et des yeux, sert d'épilogue à la forme précédente, ou même remplace le frisson initial. Après la mort qui est habituelle, un foyer récent de ramollissement ou d'hémorragie peut tout expliquer. Mais l'examen dans certains cas reste négatif (pneumonie apoplectique).

Chez les *alcooliques*, il est rare que la pneumonie évolue régulièrement. Il est plus fréquent de la voir se dissimuler derrière un violent accès de *delirium tremens*; après deux ou trois nuits de furieuse agitation entretenue par des hallucinations effrayantes, le coma apparaît, précédant de peu la mort. Aussi, chez tout buveur délirant, surtout si la langue est sèche et la température élevée, cherchera-t-on toujours la pneumonie.

La pneumonie passe aussi fréquemment inaperçue chez les *cachectiques* (nerveux, cancéreux, brightiques). Une apyrexie relative (38 degrés), l'absence de crachats et de point de côté, n'engagent guère à pratiquer l'auscultation, qui seule cependant peut expliquer les progrès de la prostration, suivie de près par le coma terminal.

Aussi latente se montre la *pneumonie des diabétiques*. A la suite de fatigues ou d'émotions, on les voit s'affaïsser, puis être pris d'une dyspnée intense et progressive qui peut amener la mort en vingt-

quatre ou quarante-huit heures, malgré une fièvre insignifiante. L'acétonémie a été dans ces cas accusée de la gravité des accidents (pneumonie foudroyante).

Les *tuberculeux* sont susceptibles (comme M. Jaccoud en a cité plusieurs exemples) de faire à un moment donné de l'évolution de leurs lésions bacillaires une poussée de pneumonie légitime (à pneumocoques). Lorsque l'on rencontre associés à des signes de ramollissement ou d'excavation intéressant l'un ou les deux sommets, des symptômes bien nets d'engouement ou d'hépatisation (râles franchement crépitants ou souffle tubaire) occupant un lobe inférieur, on est en droit de poser le diagnostic de pneumonie chez un tuberculeux, surtout en présence d'un début brusque et hautement fébrile, accompagné d'une expectoration visqueuse, dont l'examen bactériologique sera d'un précieux secours. Toutefois pareil complexus est bien plus fréquemment obscur et méconnu. Le pronostic en est généralement grave, mais non nécessairement fatal.

La pneumonie des *cardiaques* ne revêt une allure spéciale que si elle complique l'asystolie, ou la provoque d'emblée. Elle échappe alors aisément à l'attention, en raison de son début insidieux sans grand appareil fébrile, et de l'obscurité des signes stéthoscopiques, mal dessinés par une respiration imparfaite et pris souvent, du reste, pour les indices d'un infarctus.

Entre les états aigus que complique le plus fréquemment la pneumonie, l'influenza mérite la première place. M. Ménétrier a montré que le pneumocoque était bien en cause dans la *pneumonie grippale*<sup>1</sup>. Que celle-ci ouvre la scène morbide, ou qu'elle survienne après douze ou quinze jours de grippe pure, elle se caractérise par les traits suivants : début par des frissonnements souvent remplacés par une courbature générale, céphalée intense, puis signes d'embarras gastrique avec profond affaissement ; l'expectoration est plus muco-purulente que fibrineuse, les râles plutôt sous-crépitan, le souffle doux. La tendance envahissante des lésions, l'intensité de la dyspnée et de l'adynamie sont trop souvent du plus fâcheux augure.

Il existe cependant des formes moins graves, à foyers successifs, avec fièvre rémittente et capricieuse, qui après douze ou quinze jours évoluent vers la guérison, malgré une résolution traînante.

Il faut entendre par *pneumo-typhus*, non la pneumonie éclatant au cours d'une fièvre typhoïde, mais un processus bâtarde, d'un diagnostic extrêmement difficile, au moins au début. On croit assister à une pneumonie adynamique, quand, du cinquième au septième jour, les signes pulmonaires tournent court. La fièvre subsiste ; sur le

1. MÉNÉTRIER, *Grippe et pneumonie* (Thèse de Paris, 1887).

ventre ballonné apparaissent des taches rosées, en même temps que s'installe la diarrhée ocreuse de la dothiéntérie qui se dégage avec ses stigmates classiques. Est-ce là simplement une localisation pulmonaire du bacille d'Eberth, ou le pneumocoque vient-il se greffer sur l'autre infection ? La question n'est pas encore absolument tranchée.

Il n'en serait pas de même de la *pneumonie dite palustre* qui semble bien relever directement de l'impaludisme. Elle se caractérise par l'existence simultanée d'accès de fièvre à type quotidien ou tierce et de signes intermittents d'hépatisation en foyers (râles fins, souffle, etc.) qui s'effacent presque entièrement dans les périodes apyrétiques. Ces accidents sont, d'autre part, justiciables de la quinine. On ne saurait les identifier avec la pneumonie vraie.

Les pneumonies dites rhumatismale et érysipélateuse, qui n'ont de la pneumonie vraie que le nom, seront étudiées à propos de ces états morbides.

**Diagnostic.** — La pneumonie franche, régulière, se caractérise par un ensemble de signes si particuliers, qu'un médecin instruit la méconnaît difficilement. Frisson, fièvre intense, point de côté, expectoration visqueuse forment un complexus qui en éveille immédiatement l'idée.

Cependant, si l'on réfléchit aux cas nombreux dans lesquels tel ou tel de ces éléments fait défaut, si l'on songe que, en dehors du crachat rouillé, il n'existe pas un seul signe qui appartienne réellement en propre à la pneumonie, on comprendra aisément qu'elle soit encore assez fréquemment reconnue seulement à l'autopsie, ou confondue avec d'autres états morbides.

Lorsque l'attention est accaparée tout entière par l'état général, c'est pour une *fièvre typhoïde* que l'on sera surtout tenté de prendre la pneumonie adynamique, certaines pneumonies du sommet ou même des pneumonies centrales.

Chez l'enfant, c'est l'idée de la *méningite* qui hantera le plus souvent l'esprit du médecin ; chez quelques vieillards, celle de l'*apoplexie*. A cet âge du reste, la pneumonie pourra passer simplement inaperçue ; de même chez les cachectiques avancés. La pneumonie des alcooliques, nous l'avons vu, en imposera surtout pour une crise de *delirium tremens*.

Dans tous ces cas particuliers, il suffira souvent de penser à la possibilité de l'erreur pour l'éviter, grâce à un examen complet du thorax, à une interprétation rationnelle de la courbe thermique (prendre toujours la température centrale chez les vieillards) et des quelques symptômes que l'on observe.

Dans une autre série de faits, les signes stéthoscopiques eux-mêmes

prêtent à discussion. L'erreur la plus difficile à éviter est peut-être celle qui consiste à prendre une pneumonie franche pour une *pneumonie caséuse* ou inversement. Il est des cas où, en l'absence d'antécédents tuberculeux, la phtisie pneumonique emprunte à tel point le masque de l'hépatisation légitime, que l'hésitation est bien permise. Des indices assez vagues, perceptibles seulement pour un clinicien exercé, trancheront seuls la question. Tels sont l'habitus général du sujet, la courbe capricieuse de la température et surtout l'absence de résolution. Au début toutefois, la découverte de nombreux pneumocoques dans les crachats peut être un précieux indice. Quant à la recherche du bacille dans cette forme de la tuberculose, elle demeure fréquemment stérile.

Le diagnostic du *pneumo-typhus* n'est pas moins obscur, et l'on croit souvent à une pneumonie vraie, jusqu'à l'apparition des taches rosées.

La *congestion pulmonaire* aiguë à forme pneumonique, qui n'est à vrai dire qu'un degré atténué de la pneumonie vraie, s'en distingue cependant par quelques indices. L'expectoration est plutôt gommeuse que visqueuse. Les râles plus humides se rapprochent des sous-crépitations. Le souffle n'a jamais la rudesse du souffle tubaire. Enfin l'état général est habituellement plus satisfaisant.

Nous avons déjà insisté sur les traits communs qui rapprochent la pneumonie massive de la *pleurésie*. Une pneumonie simple, pour peu qu'elle occupe la base et s'accompagne d'un souffle modéré, pourra parfois en imposer pour un épanchement : la recherche des vibrations thoraciques et de la bronchophonie préservera de cette méprise.

Chez l'enfant on distinguera la pneumonie de la broncho-pneumonie aux quelques traits suivants qui caractérisent cette dernière : râles vibrants généralisés, foyers souvent multiples et disséminés de râles fins et de souffle; évolution par poussées fébriles successives alternant avec des périodes de calme.

Nous ne reviendrons pas sur le diagnostic du degré de la lésion et des complications, dont nous avons donné les éléments en étudiant les symptômes.

**Pronostic.** — Le pronostic de la pneumonie en général offre une gravité incontestable; mais il varie selon tant de conditions différentes, qu'il est impossible de fixer exactement par un chiffre la mortalité même approximative de la maladie.

Rappelons qu'il devient plus sévère à partir de quarante ans et bien plus encore après soixante (mort dans 50 pour 100 des cas); que chez la femme l'état puerpéral l'assombrit très notablement.

Nous avons dit et nous répétons que les alcooliques, les brig-

tiques, les diabétiques pris de pneumonie sont trop souvent voués à la mort. Il en est de même pour les cachectiques.

Enfin, toutes choses égales d'ailleurs, c'est peut-être le génie épidémique régnant qui fait varier la gravité de la pneumonie dans les proportions les plus inattendues.

On sait que c'est principalement au cours des épidémies pneumoniques et aussi des épidémies de grippe que s'observent les formes les plus infectantes (formes ataxo-adydynamique, compliquées). La virulence du pneumocoque est alors telle, qu'elle peut se manifester dès l'abord par l'hyperthermie extrême, la prostration précoce, le délire intense et surtout la faiblesse et l'arythmie des contractions cardiaques, qui est encore un des signes du plus fâcheux augure. Aussi est-ce par l'observation attentive des caractères du pouls que l'on aura les plus grandes chances d'éviter les erreurs grossières de pronostic. Quant aux complications, nous avons montré, au cours de notre description, dans quelle mesure chacune d'elles faisait varier la gravité de la maladie causale.

**Traitement.** — La thérapeutique de la pneumonie a subi les vicissitudes des théories successives qui ont dominé sa pathogénie. C'est une des affections contre lesquelles, en raison de son acuité probablement, on a mis en œuvre les moyens les plus violents, trop souvent au détriment des malades auxquels il fallait une vigueur peu commune pour résister à la fois aux assauts du mal et à ceux du traitement.

Depuis les temps hippocratiques jusqu'à une époque peu éloignée de la nôtre, la saignée a été le remède par excellence de la pneumonie. Aucun médecin n'eût alors osé contester la valeur des émissions sanguines et, si l'on discutait, c'était uniquement sur le nombre et l'abondance des saignées, ou encore sur le choix de telle veine ou de telle autre. Les règles posées à ce point de vue par Bouillaud montrent à quel point, depuis lui, les mœurs médicales ont changé, puisque ce grand clinicien ne tirait pas journallement moins de trois à quatre palettes de sang jusqu'à la défervescence et se fût fait un scrupule de ne pas atteindre ce chiffre. Il fallut le bon sens et l'autorité de Grisolle, il fallut le scepticisme de Bielt, de Magendie, de Magnus Huss, démontrant la tendance naturelle de la pneumonie vers la guérison, sans aucune médication, pour maîtriser ces abus inutiles et dangereux.

Ce ne fut pas seulement la saignée que les défenseurs de l'expectation eurent à combattre; depuis la fin du dix-huitième siècle, Rasori (de Pavie) avait inauguré la fameuse méthode qui garde son nom, méthode destinée à vaincre le *stimulus* ou exagération des forces vitales, cause première, selon lui, de la pneumonie. C'est par l'admi-