

et, d'après les relevés de Grisolle, c'est de vingt à trente ans qu'elle atteint son maximum; Schapira a trouvé le plus grand nombre des pneumonies dans la période de seize à vingt ans. Il est probable d'ailleurs qu'il y a une différence à ce point de vue entre les villes d'Europe (Lépine), comme il y en a une entre les villes de France. Chez le vieillard, la pneumonie aiguë se rencontre assez fréquemment.

Au premier abord, il semble que le sexe ait une influence marquée et que les femmes soient beaucoup moins souvent atteintes que les hommes; mais il est facile de se convaincre que cela dépend surtout de la différence des travaux et du genre de vie. Dans les pays où les femmes se livrent aux mêmes travaux que les hommes (Wunderlich, Lebert), dans les prisons (Toulmouche), elles ne sont pas plus favorisées que les hommes. Dans la première enfance, le sexe n'a pas d'influence; plus tard, de six à quatorze ans, on trouverait trois garçons pour une fille (Rilliet et Barthez).

Une *constitution* faible, un organisme débilité par des privations ou des excès de tout genre, prédisposent à la pneumonie; on ne doit pas cependant regarder cette proposition comme absolue: la pneumonie primitive frappe souvent des individus doués d'une constitution forte ou moyenne (322 cas contre 82 dans un relevé de Grisolle).

Il y a quelquefois une *prédisposition individuelle* à contracter cette affection. Un malade dont parle Rush aurait eu 28 pneumonies. Andral cite un cas de 16 récidives, Chomel de 10, etc. Ces récidives portent plus souvent sur le poumon droit (Leudet).

Les gens des classes pauvres, les ouvriers que leur travail expose à toutes les intempéries de l'atmosphère, les soldats, présentent une véritable prédisposition à la maladie.

La pneumonie, dans nos climats tempérés, est beaucoup plus fréquente aux époques des *changements de saison*, en novembre, en mars et avril; les conditions atmosphériques agissant de la même façon sur un grand nombre d'individus à la fois peuvent donner à la maladie les allures d'une épidémie. L'influence du *climat*, de l'*altitude*, de la *direction des vents* (Sturges), des *variations barométriques*, est certaine mais encore peu connue.

Causes occasionnelles. — Le *traumatisme* peut donner lieu à la pneumonie, que le poumon soit directement lésé (coup d'épée, fracture de côtes, etc.) ou que la violence porte seulement sur le thorax ou même sur une partie du corps plus éloignée (Lieutaud,

Portal). Ces pneumonies sont rares aussi bien que celles qui résulteraient de l'*inhalation* de gaz ou de vapeurs irritantes.

Le *refroidissement* est une cause beaucoup plus fréquente; d'après Grisolle, on la trouverait chez le quart environ des malades.

Les *troubles nerveux* peuvent donner lieu à la pneumonie: c'est ce que l'on observe fréquemment chez les hémiplegiques. Grisolle rapporte un cas où les premiers symptômes succédèrent à une émotion morale vive. D'après Ch. Fernet, la pneumonie devrait être rattachée à un trouble nerveux périphérique, à une névrite du pneumo-gastrique.

En dehors de ces causes on est tenté de faire intervenir l'idée d'un *agent externe* de nature encore inconnue pour expliquer les variations annuelles dans le nombre des pneumonies et surtout la forme épidémique de cette affection. Barella admet que très-souvent la pneumonie a une origine zymotique et qu'elle est produite par un miasme typhogène donnant naissance soit à la pneumonie, soit à la fièvre typhoïde, suivant qu'il porte son action sur le poumon ou sur le tube digestif. C'est dans cette catégorie de faits que rentrent les formes décrites sous le nom de *pneumonie typhoïde* par Griesinger, Gerhardt, Lépine, Floquet.

Pneumonies secondaires. — La pneumonie peut se déclarer dans le cours de toute maladie aiguë ou chronique. Dans les fièvres éruptives, la coqueluche, la diphthérie, on trouve incontestablement plus souvent des broncho-pneumonies que des pneumonies fibrineuses; celles-ci se rencontrent dans les maladies typhoïdes, le rhumatisme, les néphrites, l'alcoolisme et dans les maladies qui aboutissent à la cachexie: diabète, cancer, scorbut, cachexie palustre.

Straus a publié tout récemment une très-intéressante observation de *pneumonie érysipélateuse*; l'un de nous a observé un fait analogue d'érysipèle de la face propagé au poumon à travers les fosses nasales et les bronches. Kussmaul, dans une thèse soutenue par son élève Hamburger, a établi un parallèle entre la pneumonie et l'érysipèle (*pneumonia migrans*).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Depuis Laennec, on décrit trois degrés dans les lésions anatomiques de la pneumonie: *engouement*, *hépatisation rouge*, *hépatisation grise*.

1° *Engouement.* — Le poumon a un aspect rouge brun ou violacé; il est plus pesant et plus friable qu'à l'état normal, mais il crépite encore sous le doigt, dont il garde l'empreinte. A la coupe, il s'échappe des alvéoles un liquide fibrineux, jaunâtre ou rouge, spu-

menx, dont la présence n'empêche pas l'insufflation du poumon. Sur une coupe fine examinée au microscope, on aperçoit les capillaires distendus par une accumulation de globules sanguins; les alvéoles sont remplis d'un liquide fibrineux dans lequel on trouve des éléments figurés du sang et de grosses cellules à noyaux multiples; ces dernières proviennent évidemment du revêtement épithélial des alvéoles.

2° *Hépatisation rouge*. — Laennec a donné ce nom au deuxième degré de l'altération à cause de la ressemblance du poumon comme couleur et consistance avec le tissu du foie. L'exsudat fibrineux a augmenté; il remplit toutes les cavités alvéolaires ainsi que les conduits lobulaires; cet exsudat transforme toute la portion du poumon malade en un bloc solide et compacte qui ne s'affaisse plus, ne crépite plus sous le doigt et tombe au fond de l'eau. La coupe est nette, d'apparence homogène, d'un rouge uniforme ou plus souvent marbrée, présentant un aspect *granuleux*. Les granulations auxquelles cet aspect est dû varient de 0^{mm},7 à 0^{mm},27 de diamètre (Damaschino); elles s'enlèvent facilement par le raclage de la surface de section. Ces granulations sont constituées par des moules fibrineux remplissant les infundibula et donnant à la masse hépatisée une caractéristique spéciale; au microscope, on constate qu'elles sont formées de fibrine coagulée emprisonnant dans ses mailles des globules rouges, quelques leucocytes et des cellules alvéolaires. Les parois de l'alvéole sont intactes.

3° *Hépatisation grise*. — Dans le troisième degré, la coloration grise ou jaunâtre est due à l'infiltration du poumon par les globules du pus: le tissu est compacte mais très friable, de sorte que la seule pression du doigt y détermine des enfoncements que l'on pourrait prendre pour des abcès. Sur la coupe qui, en général, présente encore des granulations, on voit sourdre un liquide grisâtre, puriforme, plus ou moins abondant. Au microscope on constate que l'exsudat fibrineux a disparu et qu'il est remplacé par un nombre considérable de globules blancs.

M. Jaccoud décrit, avec raison, un quatrième degré qui peut succéder à l'hépatisation grise, c'est la *liquéfaction* et l'*élimination* de l'exsudat, dans les cas de guérison, au moyen d'une transsudation séreuse qui dissocie la fibrine et la transforme en une masse épaisse et muco-purulente dont la majeure partie est rejetée par expectoration, le reste étant résorbé sur place.

D'ordinaire un seul poumon est atteint, et généralement c'est le

poumon droit: le rapport des pneumonies droites aux pneumonies gauches est de 11 à 6 d'après Grisolle, de 3 à 2 d'après Lebert. Le rapport des pneumonies doubles aux pneumonies simples est de 1 à 16 (Grisolle), de 1 à 8 (Lebert). Les lésions siègent plus souvent dans les lobes inférieurs et dans lobe moyen du côté droit que dans les lobes supérieurs; toutefois chez les vieillards, les individus cachectiques et les alcooliques, la pneumonie occupe de préférence le sommet; le bord tranchant est rarement envahi. Il peut se faire que la pneumonie reste limitée à la surface du poumon (pneumonie *corticale*) ou qu'elle se localise, au contraire, au centre d'un des lobes (pneumonie *centrale*) sans s'étendre à la partie superficielle.

Parmi les lésions concomitantes, nous devons signaler particulièrement la pleurésie adhésive que l'on constate toujours au niveau du lobe hépatisé.

Le poids de l'exsudat, d'après les recherches de Lépine et de Hamburger, atteindrait une moyenne de 600 grammes au moins.

On a décrit un certain nombre de variétés anatomiques, entre autres les pneumonies *hémorragique* et *séreuse* (Schützenberger) dont les noms seuls indiquent suffisamment la nature. Lépine admet une variété *purulente d'emblée* et il donne le nom de variété *plane* à des pneumonies dans lesquelles la surface de section est lisse et unie, sans granulations.

Récemment Grancher a appelé l'attention sur une forme décrite depuis longtemps déjà et à laquelle il donne le nom de *pneumonie massive* (*fibrineuse* de Schützenberger); les bronches sont remplies jusqu'au hile du poumon par un moule fibrineux, de couleur jaune ou blanche comme du vermicelle cuit, de consistance élastique et fibrillaire: leur épithélium est intact.

DESCRIPTION. — La marche de la pneumonie, maladie à cycle bien déterminé, présente trois périodes bien tranchées correspondant aux trois degrés que nous avons décrits dans les altérations anatomiques. D'après ce que nous avons dit on comprend que la troisième période soit variable suivant qu'il y a suppuration ou élimination.

Première période. — La pneumonie dans l'immense majorité des cas débute très-brusquement. Le malade éprouve une sensation de malaise général, de courbature intense qui l'accable et rend tout travail impossible: puis, quelques instants ou quelques heures plus tard, il survient tout à coup un *violent frisson*, remarquable par son intensité et sa durée (un quart d'heure à trois heures), mais

toujours *unique*. Immédiatement après la température s'élève à 39 degrés ou au-dessus, la fièvre s'installe avec son cortège habituel : anorexie, soif, céphalalgie, fréquence du pouls, etc. Les vomissements, par action réflexe du pneumogastrique, s'observent souvent à la fin du premier jour, mais ne se continuent pas au delà.

Deux ordres de signes sont alors fournis par l'appareil respiratoire : les signes *fonctionnels* : *point de côté, dyspnée, toux, expectoration*; et les signes *physiques*.

Signes fonctionnels. — Le *point de côté* manque très-rarement. Peu intense dans certains cas et réveillée seulement par la pression, la douleur acquiert parfois une acuité excessive et s'exaspère au moindre mouvement, par l'inspiration, la toux, etc. Elle siège généralement au niveau du mamelon ou bien un peu en bas et en dehors, quelquefois même du côté opposé : toutes les explications que l'on a tenté d'en donner (névralgie, névrite intercostale, compression de la plèvre par le poumon, pleurésie sèche) ne sont pas absolument satisfaisantes. Le *point de côté* disparaît en général assez rapidement.

La *dyspnée* se montre le plus souvent de bonne heure et se caractérise par une accélération remarquable des mouvements respiratoires qui sont au nombre de 30, 40, 50 chez l'adulte, de 70 et 80 chez l'enfant. Jaccoud range sous cinq chefs les causes de la dyspnée dans la pneumonie : 1° la congestion et l'exsudation; 2° l'hyperémie et l'œdème collatéraux; 3° le *point de côté*; 4° la prédominance de la fibrine dans le sang aux dépens des hématies; 5° la combustion fébrile exagérée de l'oxygène avec accumulation proportionnelle d'acide carbonique dans le sang, ce dernier gaz allant directement exciter le bulbe rachidien. La respiration est pénible, d'autant plus superficielle que les mouvements respiratoires sont plus nombreux; elle nécessite l'intervention des muscles qui normalement restent inactifs, notamment des élevateurs du nez. Comme conséquence directe de la dyspnée la parole devient brève et entrecoupée. La dyspnée serait plus forte dans la pneumonie du sommet, d'après Bouillaud.

La *toux* est également un symptôme précoce : elle débute dans les douze premières heures après le frisson. Elle est quinteuse, pénible pour le malade dont elle exagère le *point de côté*. Chez le vieillard elle est moins accusée que chez l'adulte et peut même faire complètement défaut.

L'*expectoration* ne survient guère que vers la fin du deuxième

jour et donne lieu à l'expulsion de *crachats rouillés* qui sont pathognomoniques. Ils sont spumeux, adhérents, visqueux au point que l'on peut retourner le vase qui les contient sans qu'ils s'échappent; ils renferment toujours du sang; ce sang intimement mêlé au mucus bronchique et plus ou moins abondant fait varier leur coloration de celle du *sucre d'orge* ou de la *gelée d'abricot* à celle du sang presque pur; au microscope on trouve dans les crachats, outre des globules rouges en nombre variable, de petits moules fibrineux qui rappellent la forme des cavités alvéolaires d'où ils proviennent; dans quelques cas les crachats sont verdâtres, porracés, coloration qui serait due tantôt à de la biliverdine, tantôt à des microphytes (Cornil).

Signes physiques. — La *mensuration* révèle une augmentation du volume de la poitrine (Woillez) qui ne porte que sur le côté malade (Wintrich, Ziemmsen) : cette ampliation en rapport avec les progrès de la maladie décroît avec elle.

La *palpation* permet de constater une *exagération* des vibrations thoraciques lorsque l'on fait parler le malade; ce phénomène n'a pas l'importance absolue que lui attribuait Monneret; il n'a été constaté par Grisolle que dans sept cas sur seize.

A la *percussion* on sent que le thorax est plus résistant sous le doigt qu'à l'état normal : le son est *obscur* ou bien on constate du *tympanisme* (Woillez, Wintrich) avec abaissement de la tonalité. Ce fait est dû à l'incomplète distension du tissu envahi par l'exsudat et à la diminution consécutive du nombre des vibrations dans l'unité de temps (Jaccoud). Malgré l'ampliation de la poitrine, la portion hépatisée occupe dans la cage thoracique un espace plus considérable qu'à l'état normal, ce qui permet aux parties du poumon non atteintes de revenir sur elles-mêmes et de réaliser les conditions de relâchement d'un poumon hors du thorax : or, on sait que dans ces conditions la percussion donne un son tympanique.

L'*auscultation* pratiquée au début révèle un affaiblissement du murmure respiratoire. Un peu plus tard on entend du *râle crépitant* type, c'est-à-dire à bulles fines, nombreuses, sèches, éclatant sous l'oreille par bouffées dans la seconde moitié de l'inspiration. Le râle crépitant a été comparé avec raison au bruit que l'on produit en pressant entre les doigts une mèche de cheveux. Le râle crépitant est vraisemblablement dû au brusque décollement des parois alvéolaires au moment de la pénétration de l'air. C'est le

meilleur et le plus constant des signes physiques de la pneumonie; il manque très-rarement.

Il nous reste à parler de la *fièvre*. Nous avons vu qu'immédiatement après le frisson la température s'élevait à 39 degrés ou au-dessus; elle continue à monter pendant le second jour, mais la période ascensionnelle ne dépasse guère le troisième jour. Les rémissions sont nulles ou très peu marquées et la température se maintient entre 39°,8 et 40°,4 dans le rectum: le maximum est de 41 degrés environ. Chez le vieillard il arrive parfois que la peau et les extrémités restent fraîches alors que la température des cavités naturelles est de 40 degrés (Charcot); il faudra donc chez eux avoir toujours la précaution de prendre la température rectale.

La durée de cette première période est de deux à trois jours au plus.

Deuxième période.— C'est la période d'état, celle qui correspond au stade d'hépatisation rouge. Les symptômes sont peu différents de ceux de la première période: le point de côté disparaît presque complètement, et par suite la dyspnée est moins grande; la toux et les crachats persistent avec les mêmes caractères.

Quant aux signes physiques ils s'accroissent davantage: l'augmentation des vibrations thoraciques est plus nette, la matité est plus franche. Le son tympanique existe parfois: on a également signalé le bruit de *pot fêlé* (école de Vienne). Lorsque la pneumonie siège à la base, on perçoit parfois du skodisme sous la clavicule. A l'auscultation, le murmure normal est remplacé par un souffle *bronchique et tubaire*, d'une rudesse parfois remarquable: le poumon hépatisé transmet directement à l'oreille les bruits qui se passent dans les bronches. Lorsqu'il est faible, le souffle bronchique ne s'entend qu'à l'expiration, lorsqu'il est fort, il ressemble au bruit que l'on ferait en soufflant avec force dans un tube de métal (souffle tubaire) et il se perçoit aux deux temps de la respiration. La voix *non articulée* prend un timbre *éclatant et métallique*; il y a *bronchophonie*. Il n'est pas rare d'entendre des râles crépitants fins dans toute la zone qui entoure la portion hépatisée à laquelle correspondent le souffle et la bronchophonie; ils sont un indice de la marche extensive de la maladie. Le poumon du côté sain offre généralement des signes de *congestion*.

La *fièvre* se maintient entre 39°,5 et 40°,5 avec une légère rémission matinale. Le pouls est fréquent et varie ordinairement entre 100 et 116 lorsque l'issue doit être favorable; une accélération plus

grande du pouls indique une forme grave et souvent mortelle. Le pouls est légèrement dicrote comme dans toutes les maladies fébriles, mais à un degré beaucoup moindre que dans la dothiéntérie; quelquefois le pouls est petit et concentré. Cette petitesse est *réelle* et s'explique par une diminution dans la force d'impulsion du cœur, ou bien elle n'est qu'*apparente* et elle a pour cause la stase veineuse et le peu de sang que lance le cœur gauche à chaque contraction; le phénomène de la *réurrence palmaire* (Jaccoud) fournira alors d'utiles renseignements; si, après avoir comprimé la radiale, on cherche à sentir le pouls au-dessous du point sur lequel on presse, on percevra nettement une pulsation *récurrente* venant de la cubitale lorsqu'on sera en présence d'une *fausse faiblesse*; dans le cas contraire la pulsation sera très-faible ou même nulle.

La stase veineuse produit du côté de la face une turgescence des vaisseaux et une congestion intense qui, réunies à la dyspnée et aux mouvements d'élévation des ailes du nez, constituent le *facies pneumonique*; ce facies est bien plus caractéristique encore lorsque, à la congestion, il se joint de la rougeur et de la chaleur d'une des deux pommettes. Ce trouble vaso-moteur sur lequel Gubler a attiré l'attention (*Union méd.*, 1857), peut se montrer avant le point de côté, comme M. Jaccoud l'a observé sur lui-même, et il s'accompagne quelquefois d'autres phénomènes dépendant également du grand sympathique: dilatation ou rétrécissement de la pupille, épistaxis par la narine située du même côté que la pneumonie, sueurs locales d'un seul côté de la face, ainsi que l'un de nous l'a observé, céphalalgie plus intense du côté de la pneumonie. La méningite, qui survient assez souvent dans le cours de la pneumonie, paraît être favorisée aussi par la dilatation des vaisseaux des méninges. Dans un cas relaté par l'un de nous, l'autopsie démontra une vive injection des ganglions du grand sympathique cervical chez un malade qui avait succombé à une pneumonie compliquée de méningite.

C'est encore à cette période que l'on peut voir survenir du *délire*, principalement chez les vieillards et chez les alcooliques; chez les premiers il s'agit d'ordinaire de subdélirium, chez les seconds le délire est très-bruyant et s'accompagne d'une grande agitation.

Troisième période. — *a. Guérison.* — Cette troisième période est marquée par un fait capital, la *déferescence brusque* qui se produit ordinairement pendant la nuit; comme la durée de la seconde période varie entre trois et cinq jours, la dégénérescence survient généralement du cinquième au septième ou au huitième jour. En

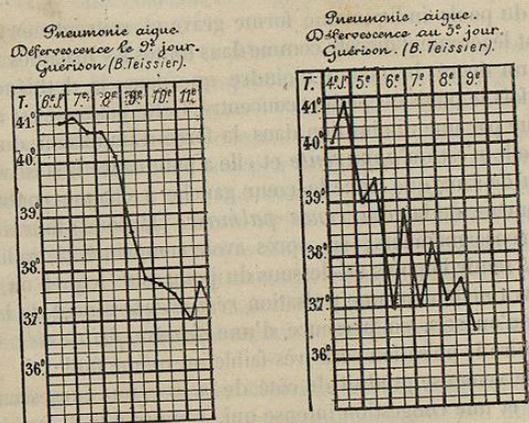


FIG. 63 et 64.

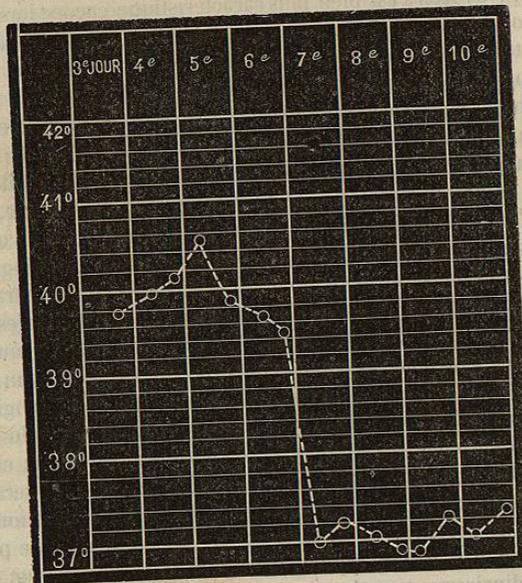


FIG. 65. Pneumonie aigue du sommet; déferescence le septième jour; guérison. 12 ou 24 heures, la température tombe à la normale ou un peu au-

dessous. Cette *crise* est parfois précédée d'une augmentation de chaleur que rien n'explique (*perturbatio præcritica* des anciens). Les tracés que nous reproduisons ici, font bien comprendre la rapidité et la brusquerie de cette chute (fig. 63, 64 et 65).

En même temps que la fièvre tombe, tous les symptômes généraux s'amendent : le malade éprouve un bien-être particulier et s'endort d'un sommeil réparateur ; les crachats deviennent muqueux, gris jaunâtre, ils contribuent à l'expulsion de l'exsudat dont une partie est résorbée sur place.

La déferescence s'accompagne souvent de phénomènes auxquels les anciens auteurs attribuaient une grande importance sous le nom de *phénomènes critiques*, tels sont : l'herpès labial, des sueurs profuses, une diurèse abondante.

Les signes physiques ne tardent pas à se modifier à mesure que le poumon redevient perméable à l'air : l'exagération des vibrations vocales disparaît, la matité se dissipe peu à peu ; à l'auscultation on entend des *râles crépitants de retour* (*ronchus crepitans redux*), plus gros et plus humides que ceux du début et s'entendant aux deux temps de la respiration. Le souffle diminue au fur et à mesure de la liquéfaction de l'exsudat : lorsqu'il persiste pendant une période notable, quelques jours ou même des semaines (Rayer, Charcot, Achard), c'est que la pneumonie passe à l'état chronique.

b. Mort. — Lorsque la terminaison doit être fatale la température se maintient à un niveau élevé (au-dessus de 40°,5) ; s'il y a une tendance à la déferescence, elle est peu accusée et de courte durée et la température dans la période préagonique remonte au-dessus de 41 degrés (fig. 66 et 67). La mort peut également arriver par collapsus.

L'expectoration change souvent de caractère, les crachats perdent leur viscosité, ils prennent une coloration *jus de réglisse* ou *jus*

Pneumonie aigue double. Mort. (B. Teissier).

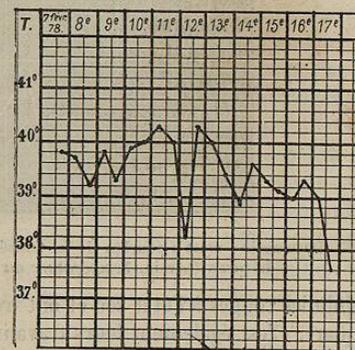


FIG. 66.

de *pruneaux* du plus fâcheux augure. En même temps la poitrine se remplit de râles humides qui deviennent de plus en plus gros et nombreux à mesure que l'état s'aggrave.

Nous avons laissé de côté deux symptômes, dont l'un surtout présente une assez grande importance : ce sont les *altérations du sang* et les *modifications de l'urine*.

Les *altérations du sang* pour ce qui regarde les sels et les gaz sont peu connues. Andral et Gavarret ont déterminé la déperdition

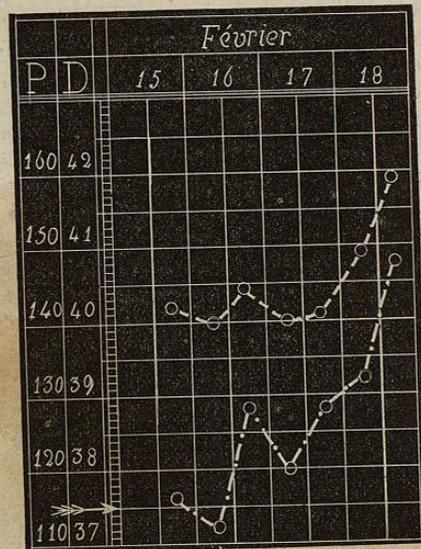


FIG. 67. Pneumonie ; mort : courbes de la température du rectum et de la fréquence du pouls (Lorain, *Température du corps humain*, t. II.)

en globules rouges à l'état sec et ont trouvé qu'elle n'atteignait pas un quart. C'est également leurs travaux qui ont fait connaître l'augmentation de la fibrine dans la pneumonie; la fibrine dépasse toujours le taux normal et peut même atteindre le triple de cette normale.

L'urine dans la première période est notablement acide, d'un rouge très foncé, de quantité faible et de densité plus grande. Parmi les matériaux fixes, l'urée et l'acide urique sont considérablement augmentés, l'acide phosphorique total ne change pas; mais il est

diminué par rapport à l'azote (Lépine et Jacquin). Le chlorure de sodium diminue brusquement dès le troisième jour de la fièvre et disparaît complètement, ce qui tient surtout à l'absence d'alimentation.

L'*albumine* se rencontre de 42 à 46 fois pour 100 (Becquerel, Parkes) à la période fébrile : peu abondante, elle disparaît au moment de la résolution.

L'*urine critique* est très-abondante, quoique sa densité reste élevée, et elle laisse déposer un abondant sédiment d'urates colorés en rose.

TERMINAISONS. — Nous avons vu que la pneumonie pouvait se terminer par résolution franche avant d'avoir atteint le stade d'hépatisation grise. La terminaison peut également avoir lieu par passage à l'état chronique, mais c'est là une forme très rare. La mort est possible à la période d'hépatisation rouge, généralement dans ce cas elle survient par asphyxie.

À la période d'hépatisation grise, la mort est la règle et survient vers le douzième jour (Grisolle); la guérison est rare. Il est plus fréquent de voir la pneumonie arrivée à la période de purulence se terminer par un abcès, surtout chez les vieillards, les gens débilisés, dans les pneumonies du sommet. Le pus forme une ou plusieurs collections dans l'épaisseur du parenchyme : ces collections ne sont souvent reconnues qu'à l'autopsie, mais peuvent donner lieu dans un certain nombre de cas à des vomiques pulmonaires (du quinzième au vingt-huitième jour, d'après Grisolle). Le pus est rejeté par saccades, au moment d'un accès de toux; il offre souvent une coloration rougeâtre, sanieuse, fait qui ne manque pas d'importance au point de vue du diagnostic avec les vomiques pleurales. Plus rarement l'abcès se vide dans la plèvre ou le péricarde. Après que la poche purulente s'est ainsi vidée, on constate à son niveau tous les signes d'une vaste caverne pulmonaire (bruit de pot fêlé, gargouillements, souffle caverneux, pectoriloquie). La cicatrisation de la poche est possible, mais s'observe dans un nombre de cas très-restreint.

La terminaison par gangrène est si rare que Grisolle, malgré le nombre considérable des pneumonies qu'il a observées, ne l'a jamais rencontrée. Il en existe cependant quelques observations (Andral, Monneret, Leyden).

PATHOGÉNIE. — Les auteurs du siècle dernier, Huxham, Hoffmann et avec eux l'école de Montpellier regardaient la pneumonie

comme une *fièvre pneumonique* ou *péripneumonique* à localisation spéciale sur le poumon; au contraire, les médecins de l'école de Paris, à l'exemple de Chomel, Louis, Grisolle, etc., ont toujours considéré la pneumonie comme un type d'inflammation franche. Beaucoup d'auteurs contemporains, Cohnheim, Jurgensen, Klebs en Allemagne, Bernheim en France, tendent à revenir à l'ancienne opinion et à ne plus considérer la pneumonie comme une fièvre inflammatoire, mais comme une pyrexie essentielle à localisation pulmonaire. Les principaux arguments sur lesquels ces auteurs se basent sont : l'impossibilité de provoquer artificiellement une pneumonie, la marche régulière, cyclique de la maladie, l'absence de rapport entre l'état local et la marche de la fièvre (Jurgensen). Le premier de ces arguments n'est pas valable; comme le fait justement remarquer R. Lépine, nous ne pouvons pas produire expérimentalement une pleurésie séro-fibrineuse, et personne cependant ne songe à décrire une *fièvre pleurétique*. Les deux autres arguments ont une valeur incontestable; mais tout en admettant l'essentialité de la fièvre du début comme Lépine est porté à le faire, il faut reconnaître qu'elle est assez rare; les perturbations de la fièvre pendant la période d'état reconnaissent certainement pour cause des poussées extensives de la phlegmasie; on ne peut guère nier enfin que la défervescence ne coïncide avec la fin du travail inflammatoire sinon avec la résolution, celle-ci étant toujours appréciée tardivement par nos moyens physiques d'investigation (Lépine).

Ch. Fernet a émis récemment une théorie pathogénique de la pneumonie qui mérite de fixer l'attention. D'après lui la pneumonie serait sous la dépendance d'une *névrite a frigore* du pneumogastrique et serait de tout point assimilable à l'*herpès*. Cette théorie, admissible pour quelques cas particuliers, ne s'applique nullement à l'immense majorité des faits.

VARIÉTÉS. — Les variétés que l'on a voulu établir dans la pneumonie sont fort nombreuses. Les unes sont relatives à la marche : telles sont la pneumonie *abortive* (Charcot, Woillez, Lebert, etc.), la pneumonie à *marche foudroyante* comme on l'observe notamment chez les diabétiques, dans la variété que Traube appelle *pneumonie séreuse*, dans les formes *purulentes* d'emblée (Lépine). La durée peut au contraire être prolongée, par exemple dans les pneumonies *doubles*, dans la pneumonie *migratrice* (*pneumonia migrans*) des Allemands (thèse de Hamburger). Grisolle a décrit

une pneumonie à marche *intermittente* ou *rémittente* se développant sous l'influence l'intoxication palustre; la pneumonie palustre intermittente n'existe pas (L. Colin).

On a également distingué les pneumonies d'après leur siège : pneumonies *corticale, centrale, du sommet*. La *pneumonie du sommet* offre quelques caractères spéciaux mais non constants. Au point de vue clinique elle se distingue par l'intensité des phénomènes nerveux qu'elle détermine : c'est ainsi qu'on observe souvent un délire violent.

Dans la *pneumonie massive* (Grancher) toutes les bronches étant obstruées par des bouchons fibrineux, on observe une matité absolue, une absence complète de vibrations thoraciques, de respiration, de souffle, de bronchophonie. L'expectoration fait également défaut, si ce n'est au début.

Au point de vue clinique on a encore distingué la pneumonie *bilieuse* qui s'accompagne d'un catarrhe très marqué des voies digestives et d'une légère suffusion ictérique; la pneumonie *adynamique* avec prostration des forces, fuliginosités de la langue et des lèvres; la pneumonie *ataxique* avec délire bruyant, carphologie, soubresauts de tendons, etc. Enfin on a décrit à part sous le nom de *pneumotyphoïdes* des formes dans lesquelles la pneumonie survient au début de la dothiéntérie, et acquiert une intensité suffisante pour en masquer les symptômes les plus importants (Gerhardt, Lépine, Gauchet).

DIAGNOSTIC. — La pneumonie offre à l'observation une série de symptômes physiques et fonctionnels qui sont absolument caractéristiques; l'expectoration à elle seule permet d'affirmer l'existence de la pneumonie.

Nous avons déjà établi le diagnostic différentiel de la pneumonie franche et de la broncho-pneumonie; nous ferons plus loin celui de la pneumonie et de la pleurésie aiguë. Disons seulement ici que le diagnostic présente de très-sérieuses difficultés dans les cas de pneumonie massive. La *bronchite aiguë simple* est facile à distinguer de la pneumonie. Dans les cas où la confusion a eu lieu et dans lesquels on croyait généralement à une pneumonie double, on avait confondu des râles sous-crépitants fins avec le véritable râle crépitant. La marche différente de la maladie, la sonorité normale de toute la poitrine, l'expectoration muqueuse sont en général des signes suffisants pour éviter toute erreur. Dans la *tuberculose aiguë*, le début de la maladie est moins franc, la marche moins