

étudié avec soin aux articles *Bronchorrhée* et *Phthisie pulmonaire*, qui sont les seules affections avec lesquelles on pourrait la confondre. Nous déterminerons aussi aux articles consacrés à la *dilatation des bronches* et à l'*emphysème pulmonaire*, maladies qui se compliquent le plus souvent de bronchite, quels sont les symptômes propres à ces affections et ceux qui dépendent de la phlegmasie bronchique.

Pronostic. — Le pronostic n'est grave que chez les vieillards et chez les sujets affaiblis. Dans tous les cas, la bronchite chronique constitue une affection incommode, souvent dégoûtante, très-rebelle à la thérapeutique, sujette aux récidives, et pouvant produire, ou tout au moins favoriser le développement de diverses lésions organiques, comme les anévrysmes du cœur, la dilatation des bronches, et surtout l'emphysème pulmonaire. L'accumulation des mucosités dans les bronchites et les efforts répétés de toux expliquent pourquoi les tuyaux aériens et les vésicules se dilatent. L'aggravation ou le développement des anévrysmes cardiaques trouve sa raison probable dans les troubles circulatoires du poumon, par suite de l'engouement des bronches, et par suite aussi des quintes de toux pendant lesquelles quelques malades sont presque cyanosés. Quant aux tubercules qu'on a regardés comme une suite fréquente de la bronchite, nous prouverons plus tard qu'ils en sont complètement indépendants.

La bronchite pseudo-membraneuse est assez sérieuse, mais moins pourtant dans sa forme chronique que dans sa forme aiguë.

Étiologie. — La bronchite chronique se montre à tous les âges, mais elle affecte surtout les vieillards; elle est rare dans l'enfance. Les sujets d'une constitution molle, lymphatique, ceux qui habitent les lieux humides ou qui sont exposés aux variations atmosphériques, y sont davantage prédisposés. Chez les enfants, la maladie est souvent consécutive à la coqueluche.

Traitement. — Comme dans toutes les autres affections, le traitement de la bronchite chronique doit varier suivant l'état général et suivant l'état local. Il est fort rare que la médication antiphlogistique soit indiquée; il serait utile pourtant d'y recourir si le sujet était fort et si la dyspnée était permanente. Les révulsifs sont au contraire toujours avantageux. On prescrira d'abord l'usage de la flanelle sur la poitrine et même sur tout le corps; on fera des frictions sèches, aromatiques, sur le thorax; on y appliquera des emplâtres rubéfiants et même vésicants (poix de Bourgogne, vésicatoires), ou des pommades irritantes avec l'huile de croton ou l'émétique; on excitera une forte diaphorèse à l'aide des bains de vapeur; enfin, si l'état des organes digestifs le permet, on administrera quelques laxatifs, et si le sujet est faible, on donnera la préférence aux préparations qui, comme la rhubarbe, jouissent en même temps de propriétés toniques. Laënnec a également préconisé les vomitifs, répétés autant que le permettent les forces des sujets et la manière dont on les supporte. Les Anglais préfèrent le colchique, qui agit à la fois comme drastique et peut-être comme diurétique.

Les praticiens sont d'accord pour recommander, dans la bronchite chronique, l'emploi des substances amères et aromatiques en tisanes, potions, tablettes, etc. : tels sont le lichen, le lierre terrestre, l'hyssop, le polygala, le quinquina, l'eau de goudron, la térébenthine, le copahu, les baumes du Pérou, de la Mecque, de Tolu; ajoutons-y le chlorate de potasse, et surtout les préparations de soufre, spécialement les eaux naturelles transportées, telles que Enghien, Bonnes, Labassère; les malades en prendront un ou deux verres par jour, pures ou coupées avec du lait ou avec du sirop de gomme, de Tolu, etc. On emploiera aussi avec un grand avantage les bains sulfureux artificiels; ils

sont utiles par l'excitation qu'ils produisent à la peau et par l'impression favorable que les vapeurs soufrées déterminent sur la muqueuse des voies aériennes. Dans la belle saison, les malades seront envoyés aux établissements thermaux. On préfère généralement les eaux sulfureuses sodiques ou calciques, telles que Bonnes, Caunterets, Saint-Sauveur, Luchon, Amélie-les-Bains, le Vernet, Enghien, Allevard, Schinznach; parfois on choisit des eaux bicarbonatées sodiques, telles que Ems ou le Mont-Dore: Ems chez les sujets qu'on craindrait d'exciter très-vivement; le Mont-Dore lorsqu'on tient à opérer une vive révulsion vers la peau.

Je ne dis rien des préparations mercurielles, je ne les ai point expérimentées; cependant je ne saurais passer sous silence ce qu'en dit Graves dans ses *Leçons*. Cet éminent clinicien dit que les mercuriaux peuvent rapidement amener et guérir les catarrhes anciens avec symptômes asthmatiques (1).

On a essayé encore de modifier l'état de la muqueuse bronchique avec des médicaments plus ou moins volatils, capables d'agir localement sur les parties malades: telles sont les fumigations de goudron, de créosote, d'iode, de chlore, faites à l'aide de certains appareils, ou en dégagant les vapeurs dans de petites pièces où les malades séjournent pendant plus ou moins longtemps. Il y a quelques années, on a préconisé également les aspirations ammoniacales, tantôt en faisant passer rapidement sous le nez et devant la bouche un flacon contenant de l'ammoniaque liquide, tantôt en mettant, chose préférable, deux cuillerées à café de cette substance dans un verre d'eau chaude dont on respire les vapeurs.

Mais, quoi qu'on fasse, ces moyens restent souvent sans utilité réelle, parce qu'il est difficile, en effet, de modifier l'état de la muqueuse bronchique. Les moyens hygiéniques ont une bien autre puissance. Combien de bronchites chroniques qui se modifient heureusement et de la manière la plus prompte par le passage dans un climat plus doux! Quelquefois même il suffit, sous la même latitude, de faire émigrer le malade d'un lieu dans un autre, de l'envoyer à la campagne, par exemple, ou de lui faire quitter la plaine pour les montagnes, pour voir cesser promptement les accidents de la bronchite. Si l'on veut envoyer les malades dans des climats plus cléments, on choisira ceux que nous conseillerons plus tard aux tuberculeux.

Il est des symptômes qui réclament certains moyens spéciaux. Lorsque les quintes de toux sont trop fréquentes, on les calmera souvent par l'emploi des narcotiques, et surtout par l'opium qu'on donne dans la soirée. Si les crachats sont difficilement expectorés, et si, s'accumulant dans les bronches, ils menacent de produire des accidents, on conseillera les vomitifs, surtout l'ipécacuanha, qu'on pourra donner de manière à provoquer des vomissements, ou bien à doses fractionnées, pour entretenir des nausées continuelles. Dans les cas dont je parle, on emploie encore avec avantage le kermès et l'oxymel scillitique. Lorsque la difficulté de l'expectoration tient à la viscosité excessive des crachats, qui sont en même temps en petite quantité (*crachats perlés*), tels enfin qu'on les observe dans la variété de bronchite que Laënnec a désignée sous le nom de *catarrhe sec*, on pourra, à l'exemple de cet illustre médecin, essayer l'usage des alcalins, tels que le savon amygdalin en pilules, les bains au carbonate de potasse, l'eau de Vichy, etc. Les astringents qu'on a souvent pronés pour combattre l'exagération de sécrétion de la muqueuse bronchique, sont en général sans grand avantage, et leur emploi prolongé aurait l'inconvénient de troubler gravement les fonctions de l'estomac; il faut donc ne pas insister sur leur

(1) *Leçons de clinique*, t. II, p. 30, 2^e édition, traduction du docteur Jaccoud.

emploi et compter plutôt sur l'usage des sulfureux, des substances aromatiques et balsamiques dont j'ai parlé précédemment.

Dans les cas où les fausses membranes sont secrétées par les bronches, il faut donner des vomitifs pour en provoquer l'expulsion; mais on n'a encore aucun moyen capable d'en empêcher la formation. On a employé tour à tour dans ce but les fumigations aromatiques, balsamiques, irritantes, surtout avec l'acide chlorhydrique; on a donné l'iodure de potassium, les mercuriaux, les alcalins, sans résultat bien manifeste.

Voyez, comme complément, dans le tome II, les articles *Emphysème* et *Dilatation des bronches*.

DE LA GRIPPE

SYNONYMIE. — Catarrhe épidémique, cocote, influenza, etc. — Grippe vient, dit-on, du polonais *chrypka*, qui signifie enrrouement.

La grippe est une maladie caractérisée par le coryza et par les symptômes ordinaires d'une bronchite peu intense, avec fièvre, céphalalgie, brisement, courbature, et un affaïssement remarquable des forces, qui n'est en rapport ni avec les souffrances ni avec les lésions locales qu'on observe.

Historique. — Un médecin aussi distingué par le talent que par le caractère, M. Raigé-Delorme, a, dans le tome X du *Dictionnaire de médecine*, inséré un article extrêmement remarquable sur la grippe, et il a démontré qu'il n'y avait aucun document prouvant l'existence de la maladie avant le xv^e siècle; les premières descriptions ne datent même guère que de 1580. Depuis cette époque, la grippe s'est montrée de temps en temps sur diverses parties du globe. Toutes les épidémies qu'on a décrites ont été remarquables par le grand nombre d'individus qu'elles ont frappés et par l'étendue de pays qu'elles ont parcourue. La grippe ne s'était pas montrée en France depuis 1803, lorsqu'elle apparut en 1830, revint en 1833, sévit de nouveau en 1837, et plusieurs fois encore depuis cette époque.

Anatomie pathologique. — La grippe ne tuant les malades que par ses complications, on n'a presque aucune notion sur les lésions propres à la maladie; on sait seulement qu'à l'autopsie on trouve communément les muqueuses des fosses nasales, du pharynx et du larynx, rouges, injectées, boursoufflées; que la même altération se prolonge souvent bien avant dans les bronches, où M. Nonat et d'autres ont trouvé plusieurs fois des pseudo-membranes; mais presque toujours alors il existait une pneumonie simple ou double, qui est la lésion concomitante de la grippe la plus fréquente, celle qui fait périr le plus grand nombre de malades.

Symptômes. — Dès le début, les malades se plaignent de malaise; ils sont accablés, courbaturés; ils éprouvent des douleurs contusives dans les membres, dans la poitrine et à l'épigastre; ils ont une céphalalgie violente, quelquefois atroce, tantôt générale, le plus souvent limitée au front, avec vertiges et bourdonnements d'oreille; ils ont fréquemment des épistaxis. Leur figure exprime la souffrance; leurs forces, toujours prostrées, le sont quelquefois à un degré extrême, de sorte qu'on croirait les malades atteints de quelque affection grave commençante; beaucoup ont même des lipothymies. La fièvre, variable, tantôt violente, tantôt légère, pouvant même manquer, a généralement une intensité médiocre; elle offre souvent des redoublements le soir; aussi les nuits sont agitées et pénibles. Le sang tiré des veines n'a pas toujours le même aspect. Le caillot est parfois assez

dense et couenneux; d'autres fois il est mou et presque diffluent. C'est ce que j'ai noté surtout dans la grippe de 1837. En même temps il existe constamment des signes de phlegmasie du côté de quelques membranes muqueuses: il y a de l'encliffement, l'odorat est perdu, un fluide séreux s'écoule en abondance des narines, les yeux sont rouges, larmoyants, un peu tuméfiés et supportent difficilement l'impression de la lumière. Beaucoup de malades accusent un léger mal de gorge; presque tous ont la voix rauque, ils éprouvent un chatouillement à la partie supérieure du larynx, et un sentiment d'ardeur et de chaleur derrière le sternum; la toux est plus ou moins fréquente, quinteuse, toujours très-pénible, très-douloureuse, d'abord sèche, mais provoquant plus tard l'expulsion de crachats muqueux plus ou moins abondants. La poitrine est sonore à la percussion; le plus ordinairement on constate la présence de quelques râles sibilants, ronflants, sous-crépitaux ou muqueux. Il existe aussi de la dyspnée et un sentiment d'oppression, symptômes qui ne sont nullement en rapport avec les résultats fournis par l'exploration physique. Les troubles du côté des organes digestifs sont très-variables; il n'y a souvent d'autre phénomène qu'un peu d'inappétence. Dans beaucoup d'épidémies, il existait presque toujours des nausées, des vomissements ou de la diarrhée.

La plupart des symptômes précédents peuvent exister ensemble à un degré médiocre; ailleurs, au contraire, quelques-uns d'entre eux manquent ou sont à peine marqués, tandis que plusieurs prédominent et donnent à la maladie une physionomie spéciale. C'est ainsi que, suivant le caractère de l'épidémie ou les prédispositions individuelles, on voit prédominer dans un cas les symptômes nerveux, dans d'autres ce sont les troubles abdominaux, ailleurs ce sont les accidents thoraciques; de là une division de la grippe en grippe *encéphalique*, *abdominale*, *pectorale*, proposée par quelques médecins modernes.

Marche. Durée. Terminaisons. — Le plus souvent la grippe suit une marche continue et rapide. Dans son état de simplicité, elle dure de quatre à dix jours, et se juge souvent par des phénomènes critiques, surtout par des sueurs abondantes, quelquefois par de la diarrhée, par des urines sédimenteuses, par une épistaxis ou par un herpès aux lèvres. La plupart des malades restent pendant quelque temps encore faibles et toussant, car la longueur de la convalescence n'est pas en rapport avec celle de la maladie. Il n'est pas rare, en effet, de voir des individus se rétablir lentement, quoique la grippe ait été des plus simples. Les forces surtout reviennent avec peine; la toux persiste longtemps, et les organes digestifs reprennent lentement leurs fonctions.

Lorsque la grippe est exempte de toute complication, il est presque sans exemple qu'elle fasse périr les malades; elle n'est grave que chez les phthisiques, dont elle accélère le terme fatal, ou lorsqu'une maladie intercurrente survient. Les pneumonies sont la complication la plus fréquente qu'on observe dans ces cas. Comme je l'ai démontré le premier dans l'épidémie de 1837 (voyez la *Presse médicale*), ces phlegmasies ont souvent une physionomie spéciale. C'est ainsi que la douleur de côté est généralement peu intense; rarement on constate la véritable crépitation fine, sèche, nombreuse, de la pneumonie franche; c'est plutôt du râle sous-crépitaux qu'on perçoit; les crachats, à peine aérés et visqueux, ne diffèrent guère de ceux que produit la bronchite simple; en général, la dyspnée est intense, sans rapport avec l'étendue de la phlegmasie; il n'est pas même rare de voir de véritables accidents d'asphyxie. Au milieu de ces troubles, le pouls a une fréquence moyenne; il est mou, sans résistance. Quelques malades ont du délire, des soubresauts de tendons; tous sont prostrés comme dans les fièvres graves. D'après cet appareil symptomatique,

il n'y a rien de surprenant que la maladie ait plus souvent une issue funeste que lorsque la pneumonie est tout à fait primitive.

Diagnostic. — La grippe, par l'accablement, par la prostration et par les douleurs qui l'accompagnent, sera aisément distinguée d'un coryza, d'une bronchite ordinaire ou d'un accès de migraine. Les symptômes nerveux si prononcés dès le début, joints souvent à des épistaxis et à de la diarrhée, à de l'insomnie, aux râles sibilants dans la poitrine, faisaient que parfois, dans l'épidémie de 1837, on ne savait trop si les malades avaient une grippe ou bien une fièvre typhoïde commençante. Cependant l'invasion brusque du mal, qui en quelques heures ou en un ou deux jours était arrivé au plus haut degré d'intensité (chose insolite dans l'affection typhoïde), portait plutôt à penser que les malades étaient sous l'influence de l'épidémie régnante. Il est souvent bien plus difficile de distinguer la grippe d'avec le deuxième stade de la rougeole, en raison des symptômes de catarrhe qui leur sont communs, et de l'état général, qui est souvent le même dans les deux maladies; mais la marche de l'affection ne tarde pas à fixer le médecin sur sa nature.

Pronostic. — D'après ce que nous avons dit précédemment, la grippe n'est grave que chez les sujets affaiblis, atteints déjà de quelques maladies sérieuses, ou bien lorsqu'elle se complique d'une phlegmasie pulmonaire : c'est par conséquent chez les vieillards qu'elle est le plus à craindre. Un mois de grippe, dit Marc d'Espine, fait mourir les vieillards de soixante-cinq à quatre-vingts ans dans la proportion de 32 sur 1000, tandis qu'un mois ordinaire n'en voit disparaître que 11 sur le même nombre (1).

Étiologie. — La grippe est une maladie essentiellement épidémique, dont l'apparition dans un pays ne peut être expliquée par aucune condition spéciale, attendu qu'on la voit sévir dans tous les climats et sous toutes les températures. On ne sait rien non plus de précis sur les conditions qui, pour chaque individu, peuvent constituer une prédisposition à contracter la maladie. Rien ne prouve que la grippe soit contagieuse.

Traitement. — Lorsque la grippe est simple, bénigne, il faut se borner à conseiller le repos, la diète, l'usage de boissons douces et chaudes pour provoquer les sueurs, et quelques pédiluves irritants pour dégager la tête. Si le pouls est large, dur, il ne faut pas hésiter à tirer un peu de sang; mais il a été généralement reconnu qu'on devait être sobre d'émissions sanguines. Les évacuants intestinaux sont le plus souvent utiles lorsqu'il existe de la constipation. Les vomitifs ne sont indiqués que lorsqu'il y a une complication saburrale, ou bien lorsque la bronchite est étendue, la sécrétion abondante, les crachats difficilement expulsés. L'opium est ordinairement avantageux pour calmer les douleurs et pour procurer quelque repos. Si les membres, et les jointures surtout, sont le siège de douleurs vives, comme cela existait dans l'épidémie de 1837, on apportera quelque soulagement par les cataplasmes laudanisés, ou par les onctions avec le baume tranquille et avec le laudanum; d'autres fois on les enlève par les liniments ammoniacaux; enfin, si elles résistent, il faut leur opposer un vésicatoire volant qu'on panse, si besoin est, avec un sel de morphine. (Pour les complications, voyez plus bas *Pneumonie*.)

Nature. — Quoique la grippe soit placée à côté de la bronchite, on ne doit pas croire pourtant qu'elle soit uniquement constituée par une phlegmasie de la muqueuse aérienne; car les troubles nerveux qui l'accompagnent et la dis-

(1) *Gazette médicale de Paris*, avril 1848, p. 383, relation de l'épidémie de Genève de 1847 à 1848.

proportion qui existe entre les symptômes thoraciques et les autres phénomènes morbides indiquent suffisamment l'action d'une cause générale encore inconnue dans son essence et dans son siège.

DE LA PNEUMONIE

SYNONYME. — Péripleurésie, pneumonie, fluxion de poitrine, fièvre pneumonique; *peripleurisia vera*, etc.

Le mot *pneumonie* sert à désigner l'inflammation du parenchyme pulmonaire.

Cette affection est l'une des plus importantes du cadre nosologique, en raison de sa fréquence extrême, de sa gravité et des difficultés que sa thérapeutique présente. Il me serait impossible d'embrasser dans cet article toutes les questions qui se rattachent à ce vaste sujet. Je renverrai donc souvent le lecteur à la monographie dont je viens de publier la deuxième édition. Dans cet ouvrage j'ai étudié la pneumonie aux différents âges de la vie, et dans les rapports qu'elle peut avoir avec les autres maladies, soit aiguës, soit chroniques, d'après l'analyse d'un nombre considérable d'observations, et en mettant aussi à profit les travaux de mes devanciers ainsi que ceux de mes contemporains, parmi lesquels je dois mentionner surtout Laënnec (1), MM. Andral (2), Chomel (3), Louis (4), Stokes (5), pour la pneumonie des adultes; Hourmann et M. Dechambre (6), pour celle des vieillards; MM. Gerhard (7), Ruzf (8), Valleix (9), Rilliet, Barthez (10), Legendre (11), pour celle des enfants depuis la naissance jusqu'à la puberté.

Anatomie pathologique. — Depuis Laënnec, les anatomo-pathologistes ont admis trois degrés dans l'inflammation pulmonaire; on les désigne sous les noms d'*engouement*, d'*hépatisation rouge*, et d'*hépatisation grise*.

Dans le *premier degré*, ou *engouement*, le poumon offre extérieurement dans les points affectés une coloration violacée, livide ou lie de vin; il crépite moins, il a perdu son élasticité, il est plus pesant; mis dans l'eau, il surnage complètement. Lorsqu'on le divise avec le scalpel, il s'échappe de la surface des incisions un liquide séreux, rougeâtre, trouble, spumeux; le tissu est d'un rouge violacé; il est friable, et le doigt le pénètre facilement. Cette friabilité, qui persiste toujours après qu'on a exprimé le tissu des fluides qui l'engouaient, a longtemps été regardée comme pouvant faire distinguer l'engouement inflammatoire de celui qui n'est que cadavérique; mais nous avons prouvé précédemment qu'il était souvent impossible, d'après la simple inspection anatomique, de différencier ces deux états l'un de l'autre. Dans presque tous les cas, d'ailleurs, l'engouement coïncide avec une ou plusieurs des altérations qui caractérisent les deuxième et troisième degrés.

Dans la pneumonie qui est parvenue au *deuxième degré*, le poumon est manifestement augmenté de volume, ce qui fait que l'impression des côtes peut être marquée sur les surfaces malades. En même temps le tissu de l'organe est dur, il ne crépite plus, il ne peut plus être insufflé, il est absolument imper-

- (1) *Traité de Pauscultation*, t. I.
- (2) *Clinique médicale*, 3^e édition, 1834.
- (3) *Dictionnaire en 30 volumes*, art. PNEUMONIE.
- (4) *Recherches sur les effets de la saignée et de l'émétique*, 1835.
- (5) *Diseases of the Chest*. Dublin, 1837.
- (6) *Archives de médecine*, 2^e série, t. X et XII.
- (7) *The American Journal*, 1834.
- (8) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, année 1830.
- (9) *Clinique des enfants nouveau-nés*, 1838.
- (10) *Traité des maladies des enfants*, 2^e édition, 1853.
- (11) *Recherches anatomo-pathologiques*. Paris, 1846, p. 157.

méable; c'est ce qui explique pourquoi, en le plongeant dans l'eau, loin de surnager, il gagne le fond du vase. Cette portion du poumon, d'un rouge foncé extérieurement, offre à l'intérieur, quand on l'incise, la même coloration. Celle-ci est tantôt unitorme, mais le plus souvent elle est inégale et nuancée différemment, de manière à imiter l'aspect de certains marbres ou granits. Le liquide qui s'écoule est rougeâtre, non aéré, moins abondant que dans le premier degré. Mais le caractère anatomique le plus important est fourni par l'examen des surfaces incisées, qui sont hérissées de granulations rouges, dures, oblongues, un peu aplaties : ce sont les vésicules pulmonaires transformées en corps solides par l'épaississement des parois et par l'oblitération de leur cavité. Cette disposition granulée est surtout manifeste lorsqu'on déchire le poumon au lieu de le diviser par l'instrument tranchant. Il est évident que, dans l'altération que nous décrivons, les vésicules pulmonaires, comme le tissu cellulaire intervésiculaire, sont également infectées. La couleur qu'acquiert le poumon dans le deuxième degré de la pneumonie, sa dureté, sa pesanteur spécifique augmentée, et l'aspect granuleux de la surface, lui donnent une grande ressemblance avec le tissu du foie : aussi désigne-t-on communément cette altération sous le nom d'*hépatisation rouge* ou d'*endurcissement rouge*. M. Andral a proposé le mot de *ramollissement rouge*, parce qu'en effet le tissu du poumon, quoique plus dur, est devenu néanmoins plus friable.

Dans le *troisième degré* de la pneumonie, le poumon conserve le volume, la dureté, l'imperméabilité, et l'état granulé que nous avons notés dans le cas d'hépatisation; bientôt la couleur rouge est remplacée peu à peu par une couleur grise, jaune-paille, qui commence par des points disséminés et qui finit par être générale. Le tissu pulmonaire est alors devenu encore plus friable que précédemment; car il suffit souvent de la plus légère pression pour le réduire en pulpe grisâtre; et si on le divise, on voit s'écouler une matière opaque ayant beaucoup de ressemblance avec le pus. C'est en raison de ces différents caractères qu'on désigne indifféremment le troisième degré de la pneumonie par les noms d'*hépatisation* ou d'*induration grise*, de *ramollissement gris*, et d'*infiltration purulente*.

Cependant le pus, d'abord infiltré, peut tôt ou tard se réunir en un ou plusieurs foyers, c'est-à-dire former des abcès. Ces collections, simples ou multiples, siègent presque toujours (neuf fois sur onze) sous la plèvre, qui à ce niveau est tantôt amincie et ramollie, tantôt semble épaissie et plus résistante. Le foyer, plus fréquent dans le lobe supérieur, peut n'avoir qu'une étendue de 5 à 7 millimètres, ou bien présenter jusqu'à 15 ou 18 centimètres en hauteur sur 6 de largeur. La cavité de l'abcès est ordinairement anfractueuse : ses parois sont inégales, formées par un tissu induré, infiltré de pus; elles sont quelquefois gangrenées; enfin, fréquemment elles sont lisses et tapissées par une fausse membrane plus ou moins dense et élastique qui s'est formée avec une rapidité surprenante. La cavité communique rarement avec les bronches. Le pus est tantôt phlegmoneux, tantôt il est rougeâtre et inodore; mais il est fétide, si le foyer contient quelques débris mortifiés du tissu pulmonaire. Enfin, si l'abcès, au lieu de succéder à une pneumonie franche, survient consécutivement à la rupture dans le poumon d'un foyer formé dans un autre organe, comme le foie, la rate ou le rein gauche, etc. (*abcès* que j'ai ailleurs nommé *perforant*), on trouve une caverne plus large, communiquant toujours avec l'abcès primitif, et le plus souvent avec une ou plusieurs bronches. Il est aujourd'hui presque inutile de prémunir les observateurs contre une erreur que nos devanciers ont souvent commise en prenant pour des abcès pul-

monaires des tubercules ramollis, et plus souvent encore des bronches dilatées en ampoule et des pleurésies interlobulaires. Enfin, il faut savoir qu'il est des abcès consécutifs à la mort, que l'on produit par la pression trop forte qu'on exerce sur des parties très-ramollies du poumon lorsqu'on extrait cet organe de la poitrine.

Les points du poumon qu'on trouve affectés à l'ouverture du corps ayant été envahis successivement, ou bien l'inflammation ayant suivi dans chacun d'eux une marche inégale, il s'ensuit que presque toujours on voit réunis les deux et parfois même les trois degrés de la pneumonie. Les lésions du poumon sont plus ou moins étendues : elles peuvent occuper tout l'organe, ce qui est fort rare, ou bien n'envahir qu'un seul lobe; quelquefois enfin, surtout chez les enfants, la phlegmasie n'occupe qu'un ou plusieurs lobules : on lui donne alors les noms de pneumonie *lobulaire*, *mamelonnée* ou *disséminée*. Cette altération est caractérisée par des noyaux d'hépatisation rouge ou grise, disséminés en nombre variable (de 2 à 30) dans un des poumons ou dans les deux ensemble. Ils ont, pour la plupart, le volume d'une aveline ou d'une noix : presque tous, situés superficiellement, se dessinent sous la plèvre, sous forme de taches rouges et violacées : c'est la lésion dont nous avons parlé déjà (page 377) en traitant de la bronchite capillaire.

La pneumonie lobulaire toutefois est plus rare qu'on ne l'a cru pendant longtemps. Legendre et Bailly ont prouvé, en effet, qu'on avait rapporté à cette lésion les cas nombreux où les lobules pulmonaires étaient simplement affaiblis; mais si le tissu pulmonaire est alors devenu plus dense, plus compacte, s'il a cessé de crépiter, s'il gagne plus ou moins le fond du vase lorsqu'on le plonge dans l'eau, il reste néanmoins perméable à l'air par l'insufflation; incisé, on y reconnaît la structure de l'organe, tandis que, dans les noyaux de pneumonie, les vésicules ne sont plus perméables, et l'on y trouve la même texture que celle qui existe dans les pneumonies lobaires; il n'y a, dans les deux cas, d'autre différence que dans l'étendue de la lésion. Ces noyaux de pneumonie existent très-rarement comme lésion isolée; on les trouve répandus çà et là dans un ou plusieurs lobes de l'un et de l'autre poumon; ceux-ci présentent en outre sur une étendue plus ou moins grande cet état de congestion passive que nous avons décrit déjà (page 28) sous le nom de *splénisation*. La splénisation n'est pas une forme de pneumonie, ce n'est qu'une congestion, au milieu de laquelle se développent souvent des noyaux de phlegmasie vraie, et dont les caractères extérieurs sont plus ou moins modifiés par le milieu dans lequel ils naissent; joignez-y une bronchite intense caractérisée par la rougeur des bronches et par la grande quantité de mucosités sécrétées, et l'on aura ainsi l'état anatomique de ces phlegmasies pulmonaires moitié catarrhales, si fréquentes aux deux extrêmes de la vie, et qui sont communément désignées sous le nom de *broncho-pneumonie* (1). C'est là également un état anatomique commun dans les pneumonies secondaires, c'est-à-dire dans les pneumonies qui surviennent comme complication et souvent comme lésion ultime dans le cours des maladies graves, soit aiguës, soit chroniques.

Les altérations que je viens de décrire ne se rencontrent pas avec une fréquence égale dans l'un et dans l'autre poumon, ainsi que dans les différentes parties de ces organes. Il est reconnu qu'à tous les âges le poumon droit est beaucoup plus souvent atteint de pneumonie que le gauche (: : 11 : 6), ce qui peut s'expliquer par la différence de volume et de capacité des deux organes.

(1) Voyez, pour plus de détails, mon *Traité de la pneumonie*, 2^e édition, p. 32.