

de la partie infiltrée on perçoit le même jour un fort souffle tubaire avec des râles et bientôt après, une respiration peu distincte et affaiblie.

En *auscultant la voix* on entend partout où existe du souffle bronchique, une *bronchophonie* manifeste. Le *frémissement vocal* est *conservé*, même un peu *renforcé* au niveau de la partie enflammée, tant que les grosses bronches restent perméables. Quand elles sont obstruées, la vibration thoracique est affaiblie ou entièrement supprimée.

Nous avons encore quelques remarques à ajouter concernant les endroits où *communément* l'on perçoit en premier lieu les signes physiques de la pneumonie, surtout les symptômes d'auscultation.

Et d'abord qu'on ne néglige jamais, quand on soupçonne l'existence d'une pneumonie, d'examiner attentivement les parties latérales du thorax et la région sous-axillaire. C'est précisément là qu'on découvre souvent les premiers râles pneumoniques des lobes inférieurs. Parfois aussi les premiers signes d'infiltration occupent le milieu du dos d'où ils s'étendent vers le bas. Les pneumonies des lobes supérieurs commencent aussi plus souvent en arrière et au sommet qu'en avant dans les creux sous-claviculaires. On observe également des pneumonies isolées du lobe médian droit, dont il faut par conséquent rechercher les caractères en avant, entre la quatrième et la sixième côte.

On ne peut rien affirmer de bien général quant au mode et à la rapidité de la progression de la pneumonie, attendu que rien n'est plus variable. Parfois l'infiltration se borne à une petite partie du poumon, et souvent elle s'étend rapidement dès le premier ou le second jour à tout un lobe et même au delà. Les pneumonies dont on peut suivre de jour en jour la progression serpentineuse, ont été appelées *pneumonies ambulantes* (*pn. migratrices*) ou *érysipélateuses*, d'après une ressemblance purement extérieure qui a donné naissance à une foule d'idées erronées. En ce cas, les parties atteintes en premier lieu sont déjà en pleine résolution, quand celles qui ont été frappées plus tard présentent tous les signes d'une infiltration à son apogée ou débutant à peine. Cependant, à l'autopsie de ces pneumonies ambulantes, on trouve parfois les parties du poumon atteintes en dernier lieu dans un stade plus avancé (hépatisation grise) que les parties infiltrées tout d'abord qui sont encore à l'état d'hépatisation rouge. Les pneumonies ambulantes sont presque toujours des pneumonies graves et d'une durée relativement longue.

On voit rarement la pneumonie s'avancer par bonds. Les cas de cette nature sont désignés du nom de *pneumonies erratiques*.

2. **Symptômes du côté de la plèvre.** Comme il a été dit, toute pneu-

monie qui s'étend jusqu'à la périphérie du poumon est accompagnée d'une *pleurésie fibrineuse*. Dans beaucoup de cas, celle-ci ne se signale par aucun symptôme objectif. Cependant le *point de côté* de la pneumonie doit être mis sur le compte de la pleurésie. Dans d'autres cas, la pleurésie sèche se révèle par un *frottement pleurétique* manifestement audible et parfois très intense. On peut même quelquefois le constater par l'application de la main. Le frottement pleurétique se fait rarement entendre dès le début de la pneumonie, plus souvent il n'appartient qu'à une période plus avancée; fréquemment on en détermine encore l'existence quand un grand nombre de jours se sont écoulés depuis l'établissement de la crise.

La chose est plus sérieuse, quand, concurremment avec la pneumonie, se développe une *pleurésie exsudative*, ce qui peut avoir lieu d'assez bonne heure. Le plus souvent cet exsudat est *séreux*, parfois aussi la *pleurésie* consécutive est *purulente*. On a trouvé à diverses reprises dans le pus de cet empyème, les *pneumococcus* en forme de lancette dont il a été question plus haut (v. p. 278). Dans un cas, terminé par la mort, nous avons vu une *pleurésie hémorrhagique* qui avait donné lieu à une abondante effusion de sang dans la cavité pleurale.

Le *diagnostic* de la pleurésie exsudative qui complique la pneumonie n'est pas difficile d'ordinaire. La *résonance à la percussion* devient tellement mate qu'on n'en rencontre pas de pareille dans la pneumonie pure. Le *bruit respiratoire* et le *frémissement vocal* sont constamment affaiblis et finissent par être entièrement supprimés. Mais ce qui importe surtout, ce sont les *phénomènes de refoulement* des organes avoisinants (cœur, foie, espace sémilunaire), puisqu'ils ne prêtent à aucune équivoque. Un moyen presque infallible et d'une innocuité parfaite pour reconnaître la pleurésie dans les cas douteux, c'est la *ponction exploratrice* pratiquée avec une seringue de Pravaz nettoyée et désinfectée avec soin.

Les pleurésies d'un degré modéré retardent quelque peu, il est vrai, la marche de la maladie, mais elles n'ont pas d'importance spéciale. Par contre les exsudats considérables peuvent notablement aggraver la gêne respiratoire. Du reste, la guérison de la pneumonie s'opère souvent sans encombre sous l'exsudat pleurétique. De même, dans la pneumonie d'un des sommets, la pleurésie peut s'étendre vers la base et y donner lieu à une accumulation d'exsudat, tout en laissant les lobes inférieurs eux-mêmes parfaitement indemnes de pneumonie.

3. **Appareil circulatoire.** Le *pouls* est accéléré dès le début de la maladie. Dans les cas d'intensité moyenne, il monte à 100 et 120 pulsations par minute; dans les cas graves il est encore plus rapide et bat de 140 à

160 fois, ce qui est toujours un signe fâcheux. Ce n'est que chez les enfants que ce chiffre si élevé n'a jamais la mauvaise signification qui s'y attache chez les adultes. Il importe d'apprécier la *qualité du pouls*. Sa petitesse, son affaiblissement et son irrégularité sont de mauvais augure en tant que signes d'une défaillance imminente du cœur. Les phénomènes de *collapsus* qui se déclarent parfois subitement dans les pneumonies graves, tout comme dans les autres affections aiguës, sont particulièrement dangereux. Ils consistent en accès inopinés de faiblesse du cœur avec petitesse extrême et grande fréquence du pouls. En même temps, la température tombe au-dessous de la normale (35° à 34° c.). Les parties périphériques, le nez et les extrémités deviennent froids, pâles, légèrement cyanosés. L'affaissement général et la prostration atteignent un degré excessif. Quand le secours vient au moment opportun, le collapsus peut quelquefois être conjuré, mais les malades peuvent aussi y sombrer.

La plus importante parmi les *altérations* cardiaques qui se rencontrent quelquefois, c'est la *péricardite* à exsudat fibrineux ou séro-fibrineux. Elle s'explique toujours par la propagation du processus inflammatoire provenant directement de la plèvre voisine, et par conséquent complique plus souvent la pneumonie gauche que celle du côté droit. La péricardite est une complication qui n'est pas à dédaigner. Elle n'est pas difficile à diagnostiquer quand on examine soigneusement le cœur, mais cependant, en présence de symptômes pulmonaires graves et très étendus, une péricardite compliquante peut parfois être méconnue.

A l'autopsie on constate souvent une légère endocardite d'origine récente. Cliniquement elle n'a pas d'expression symptomatique. Les *maladies du tissu propre du cœur*, anatomiquement appréciables, et en particulier les dégénérescences graisseuse et parenchymateuse, ne sont pas fréquentes du tout. Cependant chez des personnes très affaiblies pour d'autres causes, chez les buveurs, etc. qui meurent de pneumonie, on trouve parfois le cœur remarquablement flasque et souvent dilaté dans ses cavités droites. Mais dans beaucoup d'autopsies de pneumonie le muscle cardiaque est dans un état complètement normal. En tout cas il n'y a pas moyen d'établir de rapport constant entre les fines altérations histologiques du muscle cardiaque et son activité fonctionnelle pendant la vie.

4. **Appareil digestif.** Dans les cas graves de pneumonie la *langue* est ordinairement sèche, chargée et parfois d'une ressemblance parfaite avec la langue d'un typhisé. *L'appétit* dans les mêmes circonstances est, dès le début, complètement nul. Le *vomissement* n'est pas rare, surtout au début, il en est de même plus tard. On l'observe souvent comme phénomène

initial chez les *enfants*. *L'intestin* ne fournit de symptômes sérieux qu'à titre exceptionnel. Les selles sont d'ordinaire un peu en retard, cependant il y a parfois des *diarrhées* assez intenses.

L'ictère qui vient compliquer la pneumonie a une certaine signification. Les causes n'en sont pas toujours claires. Parfois il dépend d'un catarrhe duodéal concomitant. Dans d'autres cas, les veines hépatiques devenues turgides par la stase sanguine, compriment les conduits biliaires. L'ictère, quand il est léger, n'a pas d'importance spéciale et se rencontre même dans les pneumonies bénignes. L'ictère grave au contraire n'apparaît le plus souvent que dans les pneumonies d'un caractère sérieux, comme dans la pneumonie des buveurs. On appelle ces pneumonies compliquées d'ictère, du nom de « *pneumonies bilieuses* ». Souvent elles sont associées à d'autres symptômes gastro-intestinaux intenses (vomissements, diarrhée, météorisme), et habituellement encore à des manifestations inquiétantes de la part du système nerveux (obtusion cérébrale, délire).

Le *foie* présente quelquefois les signes de la stase. La *rate* est modérément gonflée, notamment dans les cas graves (*tumeur splénique aiguë*) comme dans d'autres maladies aiguës infectieuses.

5. **Reins et urine.** Un autre élément qui dénote le caractère infectieux de la pneumonie, qu'on rencontre rarement, il est vrai, mais qui a été signalé à diverses reprises, c'est la *néphrite aiguë* franche. Son début coïncide le plus souvent avec le terme qui va du 3^{me} au 6^{me} jour de la maladie. On la reconnaît à l'albumine, aux cylindres et au sang qui se mêlent à l'urine. D'ordinaire elle guérit complètement. Une fois cependant nous l'avons vue passer à l'état chronique. — *L'albuminurie* légère qu'on constate parfois dans les pneumonies graves, est due également, selon nous, à un léger degré d'affection rénale, et non pas à la fièvre comme telle (v. t. II).

Naguère on a attaché beaucoup de valeur à la *diminution des chlorures* dans l'urine des pneumoniques. En effet, le précipité de chlorure d'argent qu'on obtient en laissant tomber dans l'urine une goutte de solution de pierre infernale, est parfois très faible, si même il ne fait complètement défaut. Cette diminution de chlorure tient en majeure partie à l'alimentation réduite du malade. Cependant on peut aussi la rapporter à la grande proportion de chlorure de sodium renfermée dans l'exsudat pneumonique.

On a fait grand cas encore de l'abondant *dépôt d'acide urique* qui se montre souvent au jour de la crise (sédiment briqueté). Ce dépôt ne dépend qu'en partie d'une augmentation véritable de la quantité d'acide urique, il est dû pour la plus grande part à ce que les conditions qui en favorisent la formation, coïncident précisément avec les jours critiques. Par suite de

l'abondance des sueurs, l'urine est rare, concentrée et relativement très acide. Il en résulte que l'acide urique qu'elle renferme peut facilement se séparer sous forme de sédiment.

L'excès d'urée sécrétée pendant la pneumonie lui est commun avec toutes les autres maladies aiguës fébriles.

6. Système nerveux. La pneumonie, comme toute maladie fébrile grave, ne va presque jamais sans quelques symptômes nerveux de faible intensité. Tels sont la faiblesse générale, l'abattement et surtout la *céphalalgie*, parfois d'une violence remarquable et que la toux vient encore accentuer. La manifestation de symptômes cérébraux plus graves, notamment du *délire*, a une importance plus considérable. On les observe principalement chez des individus qui y sont particulièrement enclins, comme chez les *alcoolisants*. Le délire donne à la pneumonie des ivrognes sa note caractéristique (v. plus bas).

Tandis que les symptômes susdits, même le délire alcoolique le plus véhément, manquent jusqu'ici de substratum anatomique, il existe pourtant un état *pathologique* du cerveau, qui, bien que compliquant exceptionnellement la pneumonie, s'y rattache indubitablement par un lien spécial. Nous voulons parler de la *méningite purulente*, observée à diverses reprises pendant que la méningite cérébro-spinale sévissait épidémiquement ; elle a été rencontrée aussi en dehors de cette circonstance. Le diagnostic de la méningite complicante est parfois difficile à établir, vu que les symptômes qui s'y rapportent se perdent aisément dans la masse des phénomènes morbides. Une *céphalalgie gravative*, la *raideur de la nuque*, une obtusion intellectuelle qui va jusqu'au *coma* profond, en constituent les principaux caractères. Ceux-ci sont parfois à peine ébauchés. L'issue de la méningite est probablement mortelle dans tous les cas.

7. Peau. L'apparition fréquente de l'*herpès* dans le cours de la pneumonie est un phénomène caractéristique et qui a même une certaine valeur diagnostique. Il se montre communément du deuxième au quatrième jour, parfois plus tard. Il siège le plus souvent aux lèvres, surtout aux commissures buccales, puis aux ailes du nez, plus rarement à la joue ou à l'oreille (*herpès labial, nasal, etc.*). On ne l'a que très rarement observé en des endroits du corps autres que la face, tels, par exemple, que l'avant-bras et le siège, et dans des cas exceptionnels, sur la *cornée* et sur la *muqueuse linguale*. Nous avons noté quelquefois deux éruptions d'*herpès*, séparées par un intervalle de plusieurs jours. Une fois nous avons vu l'*herpès labial* ne se déclarer que plusieurs jours après l'achèvement de la crise, à la suite d'une recrudescence fébrile. La cause intime de la production de l'*herpès*

dans la pneumonie nous est inconnue. En tout cas, elle est en rapport avec la nature infectieuse de la maladie et doit par conséquent être entièrement assimilée à l'éruption herpétique qui se déclare dans la malaria, le typhus récurrent, la méningite épidémique, etc.

— Des affections cutanées autres sont insolites. Quelquefois nous avons vu de l'*urticaire*. L'*ictère*, comme complication de la pneumonie, a été décrit plus haut.

8. Marche de la fièvre.

(Voyez fig. 23 et 24.) La pneumonie s'accompagne presque invariablement d'une fièvre plus ou moins intense, à marche nettement typique. Au début, la

température s'élève d'ordinaire rapidement et à une grande hauteur. Pendant le frisson initial déjà, la chaleur monte à 40° et au delà. Nous manquons d'observations suffisantes pour affirmer que la fièvre croît progressivement dans les pneumonies à début graduel. Au cours de la maladie, la fièvre, dans son ensemble, présente un caractère continu ou rémittent, mais en même temps une *tendance* marquée à effectuer de temps en temps une chute profonde. Vu pourtant qu'une chute

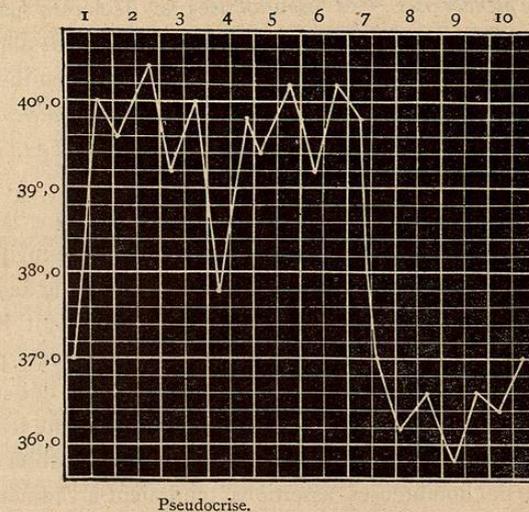


Fig. 23. Schéma de la courbe thermique dans la pneumonie croupale (observation personnelle).

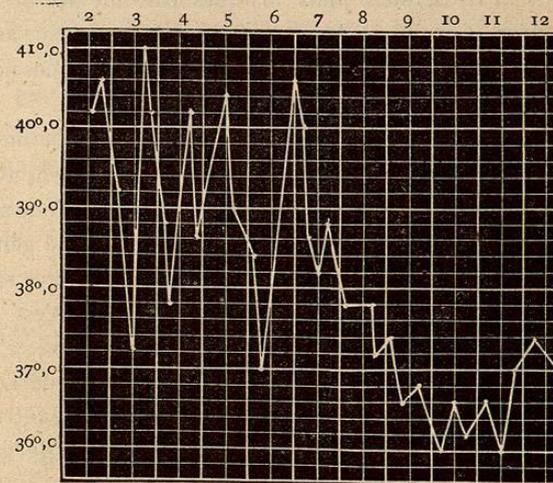


Fig. 24. Schéma de la courbe thermique dans une « pneumonie intermittente » (observation personnelle).

semblable pourrait dans le principe être facilement prise pour la véritable crise, et que la réascension de la température démontre que ces dépressions ne sont que des défervescences passagères, on les a désignées sous le nom de *pseudocrises*. Ces pseudocrises se déclarent parfois dès les premiers jours de la maladie, dans d'autres cas seulement plus tard. Elles peuvent se répéter une ou plusieurs fois, de manière à constituer un *cycle fébrile parfaitement intermittent*. Ces *pneumonies* dites *intermittentes*, à raison de l'allure de la fièvre, n'ont rien à faire avec la malaria, ce qu'il importe beaucoup de faire observer pour éviter des erreurs.

Le chiffre thermique peut être très élevé dans la pneumonie ; il est parfois de 40° à 41°. La plus haute chaleur que fugitivement il nous ait été donné d'observer, était de 42°,1. En général, le degré thermique et l'intensité morbide marchent parallèlement. Cependant les pneumonies les plus graves, même celles qui se terminent fatalement, parcourent parfois leurs périodes avec une fièvre relativement modérée qui se balance entre 38°,5 et 39°5. C'est surtout aux premiers jours qu'on note les plus grandes élévations de température. Nous n'avons pas eu lieu d'observer aussi fréquemment que de nombreuses assertions tendraient à l'admettre, cette exacerbation excessive qui précède immédiatement la crise (la perturbation dite critique). Même dans les cas qui se sont terminés par la mort, nous avons vu assez souvent les derniers jours marqués par une décroissance graduelle de la chaleur. Cependant le contraire peut également avoir lieu. Les degrés hyperthermiques précurseurs de la mort ne sont pas propres à la pneumonie ; ils appartiennent à la complication méningée.

La *ligne de descente* est la partie du cycle thermique qui caractérise le mieux la pneumonie. La chute a lieu ordinairement avec tous les caractères d'une *crise*. La nuit, le plus souvent à la faveur d'une sécrétion sudorale plus ou moins abondante, la fièvre tombe et descend généralement au-dessous de la normale (36°, même 35°). Parfois de légères reprises viennent interrompre cette chute critique, de façon que ce n'est qu'au matin du jour subséquent que la défervescence devient définitive (c'est la *crise prolongée*). Ce n'est que dans des cas exceptionnels que la décroissance s'opère d'une *façon lytique*, c'est-à-dire par oscillations descendantes. Cependant la durée de la période lytique s'étend rarement au delà de trois à quatre jours au maximum. La décroissance lytique a lieu le plus fréquemment dans les cas graves et de longue durée, dans les pneumonies dites typhiques (voyez ci-dessous) et dans la pneumonie migratrice.

Bien qu'avec la crise le processus anatomique ne soit pas arrivé à terme dans le poumon, ordinairement on compte le jour de la crise

comme étant de fait le dernier de la maladie. Une fois là, la pneumonie s'arrête. Il n'y a que la résolution, la résorption de l'exsudat, et puis le rétablissement des forces qui demandent encore du temps. Pour ce qui concerne *le moment de la crise*, HIPPOCRATE déjà savait que les jours impairs et principalement le cinquième et le septième de la maladie, jouissent à cet égard d'un privilège spécial. Il n'y a rien d'étonnant d'ailleurs à ce que, dans une maladie infectieuse à marche typique, la défervescence soit liée jusqu'à un certain point à un jour déterminé. Cependant la loi hippocratique présente de nombreuses exceptions. La crise est parfois retardée jusqu'au neuvième, au douzième et au treizième jour, plus tard encore. D'autre part on rencontre aussi des pneumonies très courtes, d'un ou de deux jours de durée.

Les jours qui suivent la crise, la température qui est tombée au-dessous de la normale, comme nous l'avons vu, remonte à son chiffre habituel. Le *pouls* qui pendant la crise descend souvent à 60 et à 50 pulsations, en accusant quelquefois de petites irrégularités, ne reprend qu'après quelques jours sa fréquence normale. Assez fréquemment encore on observe, les premiers jours qui succèdent à la crise, de légers mouvements fébriles (38° jusqu'à 39° au plus) qui n'ont aucune signification particulière.

Le changement complet qui s'opère dans toute la scène morbide, aussitôt que la crise est terminée, est parfois frappant. Ce qui saisit tout d'abord, c'est le soulagement que le malade ne tarde pas à éprouver du côté de la respiration. Le retour à l'état sain des parties atteintes se fait d'ordinaire en assez peu de temps. L'expectoration est plus abondante, mais moins visqueuse. Elle se dépouille de son aspect sanguinolent et devient purement catarrhale. Cinq à six jours environ après la crise, en cas d'évolution régulière, la percussion et l'auscultation ne donnent plus que des résultats normaux. Pour ce qui concerne la *résolution* anormalement *retardée* (v. plus loin).

Modalités particulières et anomalies de la marche de la pneumonie.

1. *Pneumonie des enfants*. Malgré la fréquence de la pneumonie lobulaire chez les enfants, la pneumonie franche, lobaire et croupale n'est pas aussi rare chez eux que plusieurs auteurs l'ont prétendu autrefois. Ce n'est que chez ceux qui ne sont plus très jeunes qu'on observe un frisson initial. Par contre, le *vomissement* du début est très fréquent dans la pneumonie des enfants. Souvent des *manifestations cérébrales* intenses (délire, somnolence, convulsions) voilent les symptômes pulmonaires, au commencement de la

maladie. La marche subséquente, le développement des symptômes physiques, la fièvre, les complications, sont tout à fait analogues à ce qui se produit dans l'âge adulte. Les *crachats* pneumoniques ne se montrent qu'exceptionnellement au-dessous de huit ans.

2. La *pneumonie des vieillards* est toujours une maladie dangereuse. Le début est tantôt brusque, comme dans la pneumonie de l'âge moyen, tantôt lent et insidieux. Sa marche se distingue par la grande faiblesse et la prostration profonde qui ne tardent pas à se déclarer. Les symptômes nerveux (délire) ne sont pas rares.

3. *Pneumonie des ivrognes*. La pneumonie croupale est d'une fréquence remarquable chez les buveurs. Sa marche clinique se caractérise surtout par le *delirium tremens* qui, d'ordinaire, éclate dès les premiers jours. Les malades deviennent incohérents, s'agitent, cherchent constamment à se lever, et chiffonnent nuit et jour dans leur lit leurs couvertures et leurs habillements. La nature alcoolique du délire se traduit aisément par l'ensemble de l'habitus, par le tremblement des mains et de la langue, et par le fond le plus souvent joyeux des conceptions délirantes. Celles-ci se rapportent ordinairement aux boissons préférées par le malade, à ses derniers compagnons de cabaret, etc. C'est seulement quand on les maintient de force, que les alcoolisants vocifèrent et entrent en fureur. Alors ils se croient engagés dans des rixes de taverne. Le délire alcoolique est presque toujours accompagné d'*hallucinations*. Les *hallucinations* visuelles qui font percevoir de petites figures noires en mouvement, sont propres à ce délire. Ce sont tantôt des animaux (rats, scarabées), tantôt de petits hommes noirs qui tourmentent beaucoup les malades. En même temps, les *symptômes pulmonaires subjectifs* sont tout à fait relégués à l'arrière-plan. Le pneumonique délirant ne tousse pas et n'accuse ni point de côté, ni gêne respiratoire. C'est l'examen objectif seul, attentivement pratiqué, qui assure le diagnostic. Trop souvent les gais ébriés servent d'amusement à ceux qui les entourent, et tout à coup les phénomènes graves entrent en scène, la somnolence s'établit et les malades succombent avec tous les signes de l'œdème pulmonaire. Le pronostic de la pneumonie des ivrognes doit donc être considéré comme très funeste.

4. *Pneumonie survenant dans les maladies chroniques préexistantes*. La pneumonie croupale peut accidentellement compliquer tous les états chroniques possibles. Elle est particulièrement dangereuse chez des gens affaiblis ou atteints de maladies chroniques du cœur et du poumon (phthisie, emphysème). La pneumonie qui se rencontre fréquemment chez les *emphysémateux* a une certaine importance clinique, en ce sens que l'em-

physème empêche parfois de reconnaître objectivement la pneumonie. L'exsudat croupal ne remplit pas complètement les alvéoles élargies ; de là vient que la matité et le souffle bronchique ne sont pas toujours bien manifestes.

5. *Pneumonie à localisation tardive ou restreinte. Pneumonies centrales*. Assez souvent on observe des cas dont le début, le parcours et les symptômes subjectifs répondent parfaitement à la pneumonie croupale, sans qu'on parvienne, malgré les recherches les plus attentives, à découvrir objectivement l'infiltration pneumonique. La maladie commence par un frisson, la fièvre est intense, les malades n'accusent que de faibles douleurs thoraciques, parfois l'herpès apparaît, mais ce n'est qu'au quatrième, au cinquième ou au sixième jour de la maladie que, dans l'un ou l'autre point de la paroi thoracique, on perçoit un peu de souffle bronchique et de crépitation. Dans d'autres cas la crise arrive, sans même qu'on ait pu déterminer le siège positif de la pneumonie. Il est probable que dans ces circonstances, il s'agit moins d'une localisation tardive que d'une infiltration centrale qui n'a pas atteint la périphérie, et qui, dès lors, ne se révèle que bien tard ou presque jamais à l'examen objectif. Il importe beaucoup plus au diagnostic de bien observer les *crachats* qui présentent parfois le caractère nettement pneumonique en l'absence de tout signe certain d'inflammation pulmonaire. Si le crachat lui-même fait défaut, le diagnostic doit nécessairement demeurer en suspens. Dans un cas de notre pratique ce fut seulement le jour consécutif à la crise, qu'un léger frottement pleurétique vint confirmer à posteriori le diagnostic d'une pneumonie.

6. *Pneumonie typhique. Pneumonie asthénique*. On désigne du nom de typhiques les pneumonies dans lesquelles, indépendamment des symptômes locaux plus ou moins accusés, il existe des phénomènes généraux d'une gravité particulière. D'ordinaire elles ne débent pas aussi brusquement que les pneumonies communes, mais leur invasion se fait insidieusement, comme celle d'un typhus. Dès le commencement on voit prédominer sur les symptômes pulmonaires, des manifestations d'ordre général, telles qu'une profonde prostration, l'anorexie, la céphalalgie, etc. Quand la maladie est à son paroxysme, il y a un état typhique prononcé, de la stupeur, du délire, une grande sécheresse de la langue, un affaissement généralisé, de plus du gonflement de la rate, parfois un léger ictère, de l'albuminurie, etc. Ces cas doivent être envisagés comme des pneumonies *infectieuses à caractère particulièrement grave*. Elles se déclarent parfois sous forme endémique. L'expérience apprend que les pneumonies du sommet ont, plus souvent que celles de la base, la tendance à produire des états nerveux graves. La