prolifération de leucocytes que l'on trouve parfois infiltrés jusque dans le parenchyme. L'alvéole est rempli par une sorte de bouchon muqueux formé en grande partie par des globules de pus tassés les uns contre les autres ; le tissu propre du poumon est profondément altéré dans sa texture, et la destruction des fibres élastiques qu'on y remarque alors indique le début de la fonte purulente (Laennec). Chose remarquable à noter, l'endothélium pulmonaire ne présente pas d'altération. Ces transformations successives donnent au poumon une apparence toute spéciale ; il est extrêmement visqueux, très friable, et *à la coupe, qui n'est plus granuleuse*, on obtient une substance gluante demi-fluide qui donne au tissu un aspect luisant. Si l'exsudat est très abondant, les vaisseaux sont comprimés et de cette anémie locale résulte une coloration particulière qui a mérité à la lésion le nom d'*hépatisation jaune*.

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, en 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). Sur 210 cas cités par Andral, il y avait 121 pneumonies droites, 58 pneumonies gauches, et 25 pneumonies doubles ; Béhier, dans ses relevés, est arrivé à peu près à des chiffres analogues : sur 114 cas, il en trouve 67 à droite, 40 à gauche et 7 doubles. Les lésions siègent plus souvent dans les lobes inférieurs et dans le 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. D'après Béhier, le rapport de la pneumonie du sommet à la pneumonie de la base serait de 14 à 19. Enfin, 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. Quelquefois la pleurésie s'accompagne d'un épanchement assez abondant pour donner naissance à un

type anatomique et clinique nouveau : la *pleuro-pneumonie*. La pneumonie gauche s'accompagne fréquemment de péricardite.

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. Nous avons eu enfin l'occasion de signaler plus haut la *forme massive* de Grancher et qui tient à l'envahissement de tout l'appareil bronchique par l'exsudat fibrineux.

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 ; puis, quelques instants ou quelques heures plus tard, il survient 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 ou dans un point plus éloigné encore, les parois abdominales par exemple : 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 ; elles sont d'ailleurs tout à fait insuffisantes pour rendre compte des dou-

leurs irradiées. Le point de côté disparaît en général assez rapidement. Il peut manquer chez le vieillard.

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'hypérémie 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 deux 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. Ceux-ci sont légèrement 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 de volume de la poitrine (Woillez) qui ne porte que sur le côté malade (Wintrich, Ziemssen) : 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 ou bien encore au déplissement des alvéoles voisins du foyer d'hépatisation et tassés par l'exsudat (Cornil). On sait en effet qu'après injection de matières solidifiantes dans les bronches, on peut entendre autour des points injectés des râles très analogues au râle crépitant fin. Le râle crépitant 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 :* elle a une marche caractéristique, ainsi que l'ont bien établi les recherches de Wunderlich, Traube, Thomas et Lorain. 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 38° 8 et 40° 4 dans le rectum : le maximun 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. Dans la pneumonie du sommet la température est généralement plus élevée.

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

Deuxième période. — C'est la période d'état, celle qui corres-

pond au stade d'hépatisation rouge. Les symptômes sont peu différents de ceux de la première période : le point de côté disparait 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'accentuent 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 ;* dans quelques cas (grande homogéinité de l'exsudat), la *voix basse* peut donner lieu au phénomène de la *pectoriloquie aphone*. 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 dothiénentérie ; 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 *récurrence 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 *défervescence brusque* qui se produit ordinairement pendant la nuit ; comme la durée de la seconde période varie entre trois et cinq jours, la défervescence survient généralement du cinquième au septième ou au huitième jour[1]. En douze ou vingt-quatre 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 (*pertubatio præcritica* des anciens). Les tracés que nous reproduisons ici font bien comprendre la rapidité et la brusquerie de cette chute (fig. 45 et 46).

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.

1. La rapidité de cette défervescence tiendrait, pour certains auteurs (Afanassiew en particulier), au peu de vitalité et à la faible résistance du microbe pneumonique.

La défervescence 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* (*rhonchus 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.

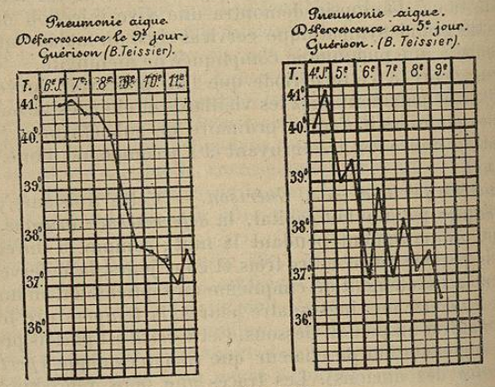

Fig. 45 et 46.

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 défervescence, elle est peu accusée et de courte durée, et la température dans la période préagonique remonte au-dessus de 41 degrés (fig. 47). La mort peut également arriver par collapsus avec abaissement de température (fig. 48).

L'expectoration change souvent de caractère, les crachats perdent leur viscosité, ils prennent une coloration *jus de réglisse* ou *jus 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 concerne les sels et les gaz, sont peu connues. Andral et Gavarret ont déterminé la déperdition 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

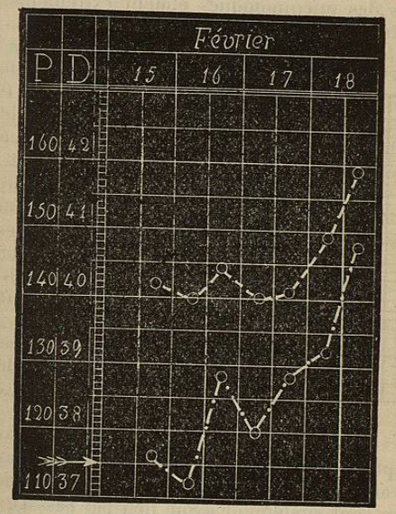

Fig. 47. — Pneumonie ; mort : courbes de la température du rectum et de la fréquence du pouls (Lorain, *Température du genre humain*, t. II).

le triple de cette normale. Enfin les recherches récentes ont prouvé qu'on pouvait y rencontrer le microbe pathogène (Frænkel, Leyden, Weichselbaum, Alessi, etc.).

Comme altération connexe, mentionnons l'augmentation de volume de la rate qui peut s'observer dès la période d'invasion et persiste souvent pendant toute la durée de la convalescence (Gérhardt).

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 en partie sans doute à l'absence d'alimentation ; mais les recherches de Folwarczny et de Parkes ont bien montré que l'abstinence n'en était pas la seule cause : cette diminution des chlorures est spéciale surtout aux phlegmasies exsudatives, et Parkes a constaté que les crachats des pneumoniques étaient extrêmement riches en chlorure de sodium.

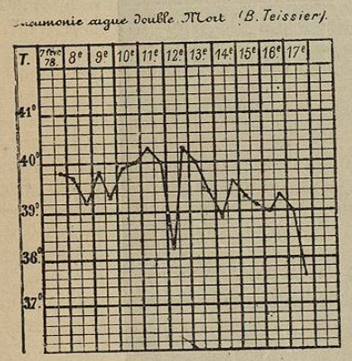

Fig. 48.

L'*albumine* se rencontre de 42 à 46 fois pour 100 (Becquerel, Parkes) à la période fébrile : en proportion relativement faible, elle disparaît au moment de la résolution. Pour Burresi et Jurgensen l'albuminerie serait au contraire à peu près constante (G. Rummo).

L'urine *critique* est très abondante, quoique sa densité reste élevée, et elle laisse déposer beaucoup 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 un fait très rare.

La mort est possible à la période d'hépatisation rouge, généralement dans ces cas elle survient par asphyxie. A la période d'hépatisation grise, la mort est la règle et survient vers le douzième jour (Grisolle). Fréquemment la pneumonie arrivée à la période de purulence se termine par un abcès, surtout chez les vieillards, les gens débilités ou atteints de pneumonie du sommet. Le pus forme alors 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, qui le différencie du pus des 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, gargouillement, souffle caverneux, pectoriloquie). La cicatrisation de la poche est possible, mais cela exceptionnellement.

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

Variétés. — Les variétés que l'on a voulu établir dans la pneumonie sont fort nombreuses. Les unes sont relatives à la marche : comme la pneumonie *abortive* (Charcot, Woillez, Lebert, etc.), ou bien la pneumonie à *marche foudroyante* telle qu'on peut l'observer chez les diabétiques ou dans le cas de *pneumonie séreuse* de Traube ou encore dans les formes *purulentes* d'emblée (Lépine) ; les autres à la durée : telles les pneumonies *doubles*, et 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 de l'intoxication palustre ; cette forme est discutable (Colin). Par contre, il existe bien une détermination pneumonique de la fièvre pernicieuse ; elle présente ceci de remarquable que : tout signe physique disparaissant même dans l'intervalle des accès, chaque paroxysme fait avancer d'un degré l'inflammation pulmonaire si les phénomènes congestifs portent leur action sur le même point (Weinberg-Jaccoud).

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. En général elle se distingue par l'intensité des phénomènes nerveux (délire souvent violent) la plus grande élévation de la température et son pronostic plus sévère.

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, ce qui domine, c'est la dyspnée.

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[1]; 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 dothiénentérie, et acquiert une intensité suffisante pour en masquer les symptômes les plus importants (Gerhardt, Lépine, Gaucher).

Dans ces derniers temps Weichselbaum a cherché à établir s'il existait des différences cliniques répondant à la diversité des éléments infectieux. Bien que cette question soit encore absolument dans l'enfance, il semblerait pourtant que la pneumonie croupale franche serait déterminée par le diplocoque. Au contraire, la pneumonie adynamique avec caractère malin, crachats diffluents, etc., appartiendrait au bacille de Friedlander. De nouvelles investigations sont nécessaires.

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, qu'elle soit unilatérale ou même double. La marche différente de la maladie, la sonorité normale de toute la poitrine, les râles qui n'ont jamais le caractère véritablement crépitant, 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 rapide, la température s'élève en général moins haut, les lésions sont disséminées des deux côtés de la poitrine, l'expectoration est muqueuse, etc. (voy. t. I).

1. Stoll a décrit avec beaucoup de soin la pneumonie bilieuse, insistant spécialement sur son origine épidémique. D'autres auteurs ont attribué l'ictère à une sorte de propagation directe du processus inflammatoire à l'organe hépatique; cette théorie tombe d'elle-même devant les faits de pneumonie bilieuse avec hépatisation du poumon gauche. M. le professeur Sée admet une congestion brusque du foie sous l'influence de la perturbation circulatoire résultant de la suppression rapide d'une partie du champ vasculaire du poumon; dans la grande majorité des cas les pneumonies bilieuses sont imputables aux influences saisonnières dont la note dominante est la tendance aux fluxions catarrhales de l'estomac et de l'intestin.

Chez les enfants et chez les vieillards, la pneumonie est d'un diagnostic beaucoup plus difficile que chez l'adulte; l'enfant n'expectore pas ses mucosités bronchiques, il les avale; chez le vieillard le point de côté fait défaut, et souvent la peau ne paraît pas chaude. La pneumonie des vieillards échappe facilement au diagnostic : il n'est pas rare, en effet, de la voir chez eux revêtir le masque de l'attaque apoplectique, fait qu'il sera bon de ne jamais perdre de vue.

Pronostic. — *Complications.* — La pneumonie est toujours une maladie d'une certaine gravité, si ce n'est dans la seconde enfance et dans la jeunesse où elle est relativement bénigne, puisque Barthez n'a observé la mort que 2 fois sur 212 cas et Ziemssen 7 fois sur 201. Chez le soldat (de vingt-deux à vingt-cinq ans) la pneumonie lobaire aiguë donne lieu également à une faible mortalité. Grisolle donne les chiffres suivants : entre quinze et trente ans la mortalité est de 1/14, entre trente et quarante de 1/7, entre quarante et cinquante de 1/6, entre cinquante et soixante de 1/5; au-dessus de soixante-dix ans la pneumonie devient une des causes de mort les plus fréquentes (Hourmann et Dechambre), et la mortalité est de 8/10.

La pneumonie du sommet implique généralement un pronostic plus sérieux; de même encore la pneumonie migrans, dont la mortalité nous semble aussi, avec Friedrich, plus élevée, bien qu'Hamburger ait admis pour elle, malgré sa plus longue durée, un pronostic moins grave. Mais c'est dans les cas où la pneumonie revêt le caractère franchement épidémique et infectieux qu'on voit sa mortalité s'élever au chiffre de 30 pour 100, comme dans l'épidémie de Tregnago (Massalongo), et même de 80 pour 100 comme dans l'épidémie d'Albigny (Rondet de Neuville).

L'état de grossesse, une mauvaise constitution ou une débilité acquise, des conditions hygiéniques défavorables, sont autant de causes qui aggravent le pronostic. Une dyspnée très intense, une température élevée avec un pouls fréquent et inégal, la suppression brusque de l'expectoration ou l'apparition de crachats *jus de réglisse*, sont du plus fâcheux augure. Chez l'enfant et chez le vieillard il ne faudra pas baser des espérances trop hâtives sur la disparition de quelques symptômes, la marche de la pneumonie étant ordinairement chez eux très irrégulière[1].

1. Les travaux récents sur la phagocytose ont conduit certains auteurs à rechercher s'il n'existerait pas un rapport entre la gravité du pronostic et l'importance de la leucocytose pneumonique. Les résultats récents fournis par différents observateurs, par Jaksch principalement, permettent de considérer ce rapport comme très vraisemblablement exact.