

pathiquement au trouble déjà si grand des organes respiratoires. Le pouls s'accélère dès le début ; il offre aussi, dans la plupart des cas, de l'ampleur et de la résistance ; sa fréquence est généralement en rapport avec l'étendue et avec la gravité de l'affection ; toutes choses égales d'ailleurs, elle est plus considérable chez les jeunes enfants ; il est ordinaire, en effet, de compter chez eux jusqu'à 120 pulsations, et il n'est pas très-rare que leur nombre atteigne 140 et même 180. Chez les vieillards, le pouls n'est remarquable que parce qu'il présente plus souvent des irrégularités qu'aux autres périodes de la vie. La fréquence des lésions valvulaires à cet âge l'explique suffisamment, comme la dureté insolite du pouls, si commune chez les vieillards, a sa cause organique dans l'état de rigidité du tissu artériel. L'exploration du cœur par la percussion démontre que le volume de cet organe n'est pas augmenté, excepté peut-être dans les derniers instants de la vie, lorsque des caillots, en s'y organisant, commencent à distendre ces cavités. Le sang provenant des saignées donne un caillot dense, couenneux ; car il résulte des recherches modernes que la pneumonie est, avec le rhumatisme, la maladie qui produit l'augmentation la plus considérable de la quantité de fibrine. La fièvre est un symptôme constant dans la pneumonie ; son intensité est généralement proportionnée à la gravité de l'affection. Toutes choses égales d'ailleurs, elle est plus forte chez l'enfant que chez l'adulte, et plus marquée surtout que chez le vieillard ; elle est essentiellement continue ; elle s'exaspère, dans la plupart des cas, pendant le cours de la soirée ou de la nuit. Du côté des organes digestifs, on observe la plupart des troubles qui accompagnent généralement toutes les maladies pyrétiqes ; la langue est couverte d'un enduit blanchâtre, la soif est vive, l'anorexie complète ; il y a des vomissements chez un cinquième des malades, et de la diarrhée un peu moins fréquemment : chez les enfants, ce dernier symptôme est presque ordinaire ; chez les vieillards, la langue a une grande tendance à se sécher et à se recouvrir, ainsi que les dents, de fuliginosités. La sécrétion urinaire présente elle-même quelques changements : dans la moitié des cas, elle est diminuée ; chez un tiers, elle est devenue plus acide ; enfin, divers dépôts d'urate d'ammoniaque se forment spontanément ou lorsqu'on traite l'urine par l'acide nitrique. Toutefois ce phénomène n'a guère lieu qu'à l'époque du déclin, et presque jamais lorsque la maladie doit avoir une issue funeste.

Une céphalalgie frontale vive est un des symptômes sympathiques les plus constants de la pneumonie, puisqu'on la note dans les cinq sixièmes des cas environ. Elle survient dès le début, elle acquiert son maximum du premier au quatrième jour, elle diminue ensuite spontanément, et chez presque tous les malades elle a complètement cessé dès le septième. Les forces sont toujours plus ou moins diminuées : cependant, de toutes les maladies fébriles un peu graves, la pneumonie est une de celles qui prostrent le moins les forces. Toutefois celles-ci s'anéantissent, en général, vite chez les vieillards, qui tombent rapidement dans un état d'adynamie.

Le facies des individus atteints de pneumonie varie. En général, dans la période de réaction, la face est injectée, quelquefois un des côtés, une des pommettes surtout, est beaucoup plus coloré que l'autre ; cependant on ne peut établir aucun rapport certain entre le poumon affecté et le siège de la coloration dans telle ou telle partie de la face. Le décubitus est variable ; mais, si la douleur est vive, les malades se couchent de préférence sur le dos ou sur le côté affecté.

En somme, on voit que la pneumonie réveille dans tout l'organisme des troubles sympathiques : c'est ce qu'on observe spécialement chez l'enfant et chez l'adulte. Chez le vieillard, au contraire, les réactions sont moins nom-

breuses ; car, à cet âge, chaque organe semble vivre et souffrir isolément, et n'a plus qu'une sphère d'activité très-restreinte : c'est ce qui explique pourquoi on voit quelquefois des vieillards qui, quoique affectés d'une hépatisation grise de la plus grande partie d'un poumon se plaignent pourtant à peine d'un peu de malaise, continuent à marcher et à manger, puis meurent tout à coup. J'ai cité dans mon ouvrage plusieurs cas de ce genre. Ces faits nous prouvent que chez les gens âgés il faut tenir compte de tous les troubles qui surviennent dans la santé, quelque légers qu'ils soient ; on ne doit jamais oublier que, dans un âge avancé, les lésions les plus graves peuvent coïncider avec un petit nombre de symptômes en apparence fort légers.

Marche. — L'inflammation pulmonaire ne reste presque jamais bornée aux points primitivement envahis ; mais elle tend pendant quelques jours à gagner de nouvelles surfaces. Cette extension se fait progressivement et sans qu'on puisse d'avance déterminer quels seront les points ultérieurement envahis ; cependant, dans un huitième des cas, on est averti de la direction que suit le travail inflammatoire par un affaiblissement du bruit respiratoire et par une diminution de l'élasticité à la percussion : phénomène que l'on constate dans l'étendue de quelques centimètres au delà des points où cessent les symptômes d'auscultation qui sont tout à fait caractéristiques. La plupart des pneumonies commencent par envahir la superficie des poumons ; d'autres, au contraire, occupent primitivement les couches profondes de l'organe, de sorte qu'elles ne se révèlent dans les premiers temps par aucun signe stéthoscopique, ceux-ci étant masqués par les bruits normaux qui se produisent dans la partie saine plus superficiellement placée. Il peut même arriver, ainsi que nous l'avons vu maintes fois, que les phénomènes d'auscultation et de percussion manquent complètement pendant toute la durée de la maladie. Cette circonstance pourtant est infiniment rare, car dans presque tous les cas, après quelques jours de durée, l'altération ayant gagné jusqu'aux couches les plus superficielles du poumon, on entend la crépitation et le souffle : d'abord limités à un petit espace, ils ne tardent pas à être perçus sur une surface plus étendue. Non-seulement la phlegmasie gagne de proche en proche le même poumon, mais elle peut encore envahir le poumon opposé : on dit alors que la pneumonie est *double*. J'ai démontré, dans ma *Monographie*, que dans celle-ci les poumons étaient peut-être toujours affectés successivement et jamais simultanément. C'est du quatrième au treizième jour que la pneumonie, simple d'abord, finit par devenir double. Il est fort remarquable que cette seconde pneumonie débute presque toujours d'une manière obscure, c'est-à-dire sans frisson, sans douleur, sans modification des crachats et de la toux ; cependant elle a quelquefois pour effet d'augmenter la fièvre (un sixième des cas), et plus souvent encore (dans la moitié) de rendre l'oppression plus forte. Néanmoins, comme les accidents peuvent souvent s'expliquer par les progrès de la phlegmasie dans le poumon primitivement envahi, il en résulte que l'auscultation et que la percussion seules peuvent faire saisir le moment où le poumon resté sain commence à être envahi.

C'est encore par l'auscultation qu'on peut se convaincre combien il est rare que la pneumonie ne franchisse pas le premier degré. Dans presque tous les cas, en effet (vingt-neuf trentièmes), il survient une hépatisation plus ou moins complète ; ce passage du premier au deuxième degré se fait communément avec une grande rapidité ; peu d'heures suffisent quelquefois pour qu'il s'effectue. Dès le troisième jour, du souffle tubaire existe déjà chez un tiers des malades, et au sixième jour ce phénomène ne manque que chez un douzième

Cette marche si prompte a lieu à tous les âges, peut-être elle est plus rapide aux deux extrêmes de la vie.

Si nous recherchons les modifications qu'éprouvent les symptômes précédemment énumérés, nous trouvons que la plupart d'entre eux continuent à s'aggraver à mesure que l'altération des poumons gagne en surface et en profondeur : tels sont surtout la dyspnée, l'accélération des mouvements respiratoires et du pouls, les phénomènes stéthoscopiques, la fièvre, l'abattement des forces. Il n'en est pas de même du point de côté, de la céphalalgie, et souvent de l'expectoration elle-même. En effet, la douleur de tête et de poitrine cesse, ou du moins diminue après une durée de quelques jours; il en est souvent de même de l'expectoration, qui conserve sa viscosité, mais elle perd sa transparence, et surtout sa coloration rouge; elle peut même devenir tout à fait catarhale. Tous les symptômes précédents s'amendent peu à peu, si la maladie a une heureuse issue; dans le cas contraire, la plupart s'aggravent : ainsi la respiration devient plus pénible et plus fréquente; l'expectoration est difficile ou se supprime; les crachats s'accumulent souvent dans les bronches, et, sans cesse agités par l'air, produisent un râle très-bruyant. Le pouls alors s'accélère de plus en plus; il s'affaiblit, devient irrégulier; la peau est aride et se couvre de sueurs visqueuses; la face, bleuâtre, plombée, s'altère; les forces se prostrant; enfin la mort arrive après une agonie plus ou moins longue; le plus souvent les facultés intellectuelles restent intactes ou à peine troublées jusqu'au dernier moment.

Une circonstance digne d'intérêt, c'est que, aux deux âges extrêmes, chez le jeune enfant comme chez le vieillard, la pneumonie présente parfois du jour au lendemain, surtout dans ses phénomènes stéthoscopiques, les variations les plus grandes; rien de plus commun, par exemple, que de voir, dans l'espace de douze ou vingt-quatre heures, un souffle être remplacé par un murmure vésiculaire plus ou moins fort avec ou sans amélioration concordante dans l'état général, puis, peu d'heures après, les symptômes reparaissent avec leur intensité première. Ces intermittences ne se rencontrent pas à beaucoup près aussi souvent dans la pneumonie des adultes. Observons que, quoique possibles dans la pneumonie lobaire, on remarque surtout ces alternatives dans la broncho-pneumonie.

Terminaisons. — La pneumonie peut se terminer par résolution, ou être suivie de suppuration, très-rarement de gangrène; dans des cas moins exceptionnels, elle passe à l'état chronique.

Lorsque la maladie se termine par résolution, on commence, dans plus du tiers des cas, par constater une diminution dans l'appareil fébrile : cependant, chez la moitié des malades, l'amélioration dans l'état général survient simultanément avec des changements favorables dans les phénomènes d'auscultation. Ainsi, lorsque la pneumonie se résout avant d'avoir dépassé la période d'engouement, la crépitation devient moins nombreuse, ses bulles sont plus grosses, plus humides; enfin elle disparaît bientôt, et elle est remplacée par un murmure vésiculaire plus faible qu'à l'état normal. Si la résolution s'opère dans une partie complètement hépatisée, la respiration bronchique commence par être moins rude et moins aride; elle diminue de force pendant l'inspiration, souvent même elle cesse tout à fait, tandis qu'elle est encore perceptible pendant l'expiration. En même temps la crépitation, qui avait souvent complètement cessé, reparaît; mais les bulles sont communément moins nombreuses, et surtout elles sont plus humides et plus grosses. Laënnec a nommé ce râle *crépitation de retour* ou *rhonchus crepitans redux*; il le regarde comme un

phénomène constant. Cependant ce râle lui-même diminue, puis il cesse tout à fait après une durée qui peut varier entre quelques heures et plusieurs mois. Il est remplacé par le murmure naturel, qui ne reprend aussi parfois sa force et son moelleux qu'au bout de quelques semaines et même d'un ou plusieurs mois. Le travail de résolution est, en effet, toujours assez lent; il n'est jamais suivi d'un rétrécissement des parois thoraciques, excepté pourtant dans les cas où la pneumonie s'est compliquée d'un épanchement pleurétique. (Voyez *Pleurésie*.) Rien ne prouve que la pneumonie ne soit jamais terminée par délitescence : cependant il peut arriver que, sous l'influence d'une maladie intercurrente qui produit une vive révolusion, comme le choléra ou l'éruption varioleuse, une pneumonie soit brusquement interrompue dans sa marche; mais des faits pareils sont excessivement rares. L'auscultation a prouvé que lorsque la pneumonie occupait une certaine étendue, la résolution ne s'opérait pas sur tous les points à la fois, mais que, dans les deux tiers des cas, elle commençait par se faire dans les parties qui avaient été envahies les dernières. Chez un cinquième des malades seulement la résolution suit une marche inverse; enfin, dans les autres cas, elle s'opère simultanément sur toute la surface malade. Le travail de résolution s'accompagne fréquemment de phénomènes critiques : j'ai prouvé que l'époque de la convalescence était marquée, dans la moitié des cas, par un trouble de l'urine; des sueurs copieuses et une éruption herpétique au pourtour des lèvres constituent encore des phénomènes critiques assez communs; enfin, beaucoup plus rarement la maladie paraît se juger par des selles ou par des hémorrhagies. Mais, quel que soit le phénomène critique, je me suis convaincu que la maladie n'avait aucune tendance à se terminer de préférence à certains jours; que, par conséquent, la doctrine des médecins hippocratistes sur les jours dits *critiques* n'avait aucun fondement, du moins pour la pneumonie.

La pneumonie est suivie souvent de suppuration; le pus, comme nous l'avons déjà dit, peut être réuni en foyer. Dans le premier cas, il n'existe aucun signe capable de faire reconnaître d'une manière certaine le passage de la pneumonie du deuxième au troisième degré. Cependant on devra *souçonner* une hépatisation grise, lorsque après avoir constaté pendant plusieurs jours un souffle bronchique pur, sans mélange de crépitation, on distingue dans ces mêmes points de gros craquements humides ou un râle muqueux disséminé, des crachats rares, opaques, sales, ou cette expectoration que nous avons comparée au jus de réglisse et de pruneaux. Mais il faudra surtout que ces phénomènes coïncident avec une aggravation dans les symptômes généraux. Lorsque en effet le troisième degré de la pneumonie est établi, la face s'altère, elle devient jaunâtre, les forces tombent, le pouls se déprime, la langue se dessèche, un état de coma ou de subdelirium survient, la respiration s'embarrasse, puis la mort arrive. D'après les faits que j'ai observés, l'hépatisation grise m'a paru survenir beaucoup plus rapidement dans la pneumonie du sommet que dans celle de la base; elle est également plus prompte chez les vieillards et chez les sujets affaiblis. Tout porte à penser que la mort est la suite ordinaire, sinon constante, de l'infiltration purulente du poumon.

Dans quelques cas rares, le pus se réunit en un ou plusieurs foyers. Cette lésion, plus commune dans le lobe supérieur, se remarque aussi plus souvent dans la pneumonie des vieillards et des individus débiles; elle est également fréquente dans certaines pneumonies traumatiques. Dans la plupart des cas, les abcès pulmonaires ne sont pas diagnostiqués, parce que la mort survient avant que le pus se soit fait jour dans les bronches. Mais lorsqu'il s'établit une

communication entre ces tuyaux et l'abcès, ce qui a également lieu du quinzième au vingt-huitième jour, les malades rendent par la bouche un pus qui est tantôt phlegmoneux, tantôt d'un gris sale, jaunâtre, sanieux, exhalant une odeur fade ou bien fétide et gangréneuse; dans ce dernier cas, on peut annoncer d'une manière certaine que les parois du foyer sont mortifiées. Le pus est rejeté par les secousses de la toux; mais s'il arrive subitement dans les bronches et en quantité considérable, il s'échappe par flots et après de véritables efforts de vomissement. Dans ces cas, l'auscultation de la poitrine fait constater l'existence de tous les signes caractéristiques d'une excavation pulmonaire qui communique avec les bronches, c'est-à-dire le gargouillement, la respiration cavernueuse et la pectoriloquie; phénomènes que nous étudierons en détail lorsque nous traiterons des tubercules des poumons. Si l'abcès est superficiel, il pourrait s'ouvrir dans le péricarde et dans la plèvre; dans ce dernier cas, il donnerait lieu à une pleurésie suraiguë et à un hydro-pneumothorax. On a encore dit que les abcès des poumons pouvaient s'ouvrir à l'extérieur à travers les parois thoraciques; cependant aucun des faits qu'on a rapportés ne démontre cette possibilité. Dans presque tous les cas, les signes stéthoscopiques coïncident avec des symptômes généraux graves: aussi la plupart des malades succombent-ils aux progrès de la pneumonie, ou bien aux accidents qu'entraîne la fièvre de consommation, qui est la conséquence de cette suppuration abondante du poumon. Quelques faits autorisent à penser que les abcès pulmonaires sont susceptibles de se terminer favorablement.

La gangrène est un accident excessivement rare dans le cours de la pneumonie. Je n'en ai observé aucun exemple. La gangrène qui atteint un poumon n'arrive d'ailleurs presque jamais à l'occasion d'une pneumonie, mais celle-ci est provoquée plutôt par la première. Quoi qu'il en soit, le développement de la gangrène est annoncé par une expectoration noirâtre, brune, grise ou verdâtre, qui exhale, ainsi que l'haleine des malades, une odeur infecte, pénétrante.

Il est infiniment rare que la pneumonie passe à l'état chronique. Jusqu'à présent je n'en ai guère recueilli que quatre exemples. Le plus souvent la pneumonie devient chronique d'emblée. Lorsque la pneumonie aiguë passe à la chronicité, on en est averti, parce qu'au lieu de se rétablir, on voit au contraire les malades maigrir davantage: ils ont une fièvre hectique, sans présenter aussi souvent que dans la phthisie des sueurs nocturnes; la toux persiste et la dyspnée augmente plutôt qu'elle ne diminue. Par la percussion on obtient toujours un son complètement mat, et, à l'auscultation, on entend le souffle et la bronchophonie qui accompagnent les hépatisations rouge et grise. Dans quelques cas observés par MM. Monneret, Macquet, Hardy et Béhier, ce souffle avait un caractère très-bruyant et se rapprochait du souffle cavernueux ou amphorique. Rarement il y a des râles, excepté des râles muqueux; mais s'il existe beaucoup de mucosités exhalées dans les bronches, ou si, comme nous l'avons vu, quelques parties se sont ramollies, on peut entendre un gargouillement plus ou moins bruyant. Il est des cas enfin où l'auscultation ne révèle l'existence d'aucun bruit, soit normal, soit morbide; on n'observe alors que les signes physiques qui accompagnent certains épanchements chroniques des plèvres, c'est-à-dire la matité et l'absence de toute espèce de bruit pendant l'inspiration; Requin et moi nous avons observé deux faits de ce genre.

L'induration chronique peut se résoudre; mais ce travail s'opère toujours avec une excessive lenteur. Dans le grand nombre des cas, les malades succombent avec la plupart des symptômes de la fièvre hectique (1).

(1) Voyez la page 338 de la deuxième édition de mon *Traité de la pneumonie*.

Durée. — La pneumonie est une maladie qui se juge presque toujours dans le cours du second septénaire. C'est exceptionnellement qu'elle se termine avant la révolution du premier ou qu'elle se prolonge au delà de vingt jours.

Complications. — La pneumonie se complique fréquemment de diverses maladies ayant leur siège dans la poitrine, dans le ventre ou dans les centres nerveux. Du côté de la poitrine, ce sont surtout la bronchite et la pleurésie: dans le premier cas, il existe des râles sibilants et ronflants, et une expectoration muqueuse mêlée à des crachats rouillés. Nous parlerons ailleurs de la complication pleurétique. (Voyez *Pleurésie*.) Les complications cardiaques ne sont pas très-rares: ce sont la péricardite, et quelquefois aussi l'endocardite; mais plus souvent encore, ainsi que l'a démontré M. Bouillaud, on voit s'organiser des caillots fibrineux dans les cavités, ce qui obscurcit, voile, enroue les bruits naturels du cœur, et peut aussi produire quelquefois des bruits morbides. Enfin, on cite quelques cas où la phlegmasie pulmonaire s'est compliquée d'une inflammation de l'aorte, ou seulement de la formation de caillots fibrineux dans sa cavité. Il n'est pas encore prouvé que les complications cardiaques soient plus fréquentes dans la pneumonie gauche, et qu'elles résultent de l'irradiation ou de la propagation de l'inflammation du poumon aux enveloppes du cœur ou à ce viscère lui-même et aux gros vaisseaux qui en partent.

Si l'on excepte la fièvre jaune et les affections des voies biliaires, il n'est aucune maladie aiguë qui s'accompagne aussi souvent d'ictère que la pneumonie. Cette complication se remarque, en effet, dans un treizième des cas environ. Cet accident est beaucoup plus commun dans les pneumonies droites; mais il n'est pas aussi certain qu'on le dit que la phlegmasie du lobe inférieur y prédispose beaucoup plus que celle du lobe supérieur. Cette question, pour nous, reste encore indécidée. Il n'existe aucune explication rationnelle sur la manière dont la pneumonie agit pour produire l'ictère. Les recherches cadavériques prouvent d'ailleurs que la jaunisse ne se lie à aucune altération appréciable du tissu du foie.

Le délire est une complication très-commune de la pneumonie, puisque la proportion des cas où on l'observe varie entre un huitième et un onzième. Je l'ai trouvé plus commun chez l'homme que chez la femme, et chez les sujets âgés de plus de quarante ans. Enfin, le délire est aussi commun dans la pneumonie des vieillards qu'il est rare dans celle des enfants. L'inflammation du lobe supérieur ne paraît pas s'accompagner plus souvent du trouble des facultés intellectuelles que celle qui occupe les autres parties de l'organe, tandis que le délire se rencontre sur le quart environ des sujets adultes atteints de pneumonie double. Cet accident reconnaît différentes causes: dans quelques cas il est l'effet d'une phlegmasie des méninges: plus souvent survenant à la période d'augment, il semble être un effet de la violence de l'affection. Une troisième variété est celle qui survient dans la forme dite typhoïde ou ataxique de la maladie, et qui semble se lier peut-être bien moins à la phlegmasie pulmonaire qu'à un état général grave. Enfin, une des formes les plus fréquentes du délire est celle qu'on observe chez les ivrognes ou chez les individus qui prennent chaque jour une grande quantité de boissons alcooliques qu'on supprime tout d'un coup. Chez ces derniers, le délire se présente avec les caractères propres au *delirium tremens*.

Formes de la pneumonie. — Si la pneumonie se complique de cet ensemble de symptômes connu sous les noms d'*état bilieux* ou *gastrique*, on dit qu'elle est *bilieuse*. Cette forme, fréquente dans le milieu du dernier siècle, pendant lequel elle régna souvent épidémiquement, est beaucoup plus rare au-

jour d'hui, où on ne l'observe guère que sporadiquement. La forme dite *typhoïde*, *ataxique*, *maligne*, est plus commune dans ce climat; elle est caractérisée par l'ensemble de symptômes généraux graves qu'on observe dans les fièvres typhoïdes, sans qu'il existe jamais dans l'intestin les caractères anatomiques caractéristiques de cette pyrexie. Dans la forme typhoïde, on voit tantôt, comme symptômes prédominants, une prostration extrême des forces, l'état fuligineux de la langue et des dents (*pneumonie adynamique*); d'autres fois la maladie se révèle plutôt par des symptômes ataxiques, tels que délire, soubresauts, contractures (*pneumonie ataxique*). La première espèce est plus commune chez les vieillards; la seconde affecte de préférence les sujets jeunes et les ivrognes. La gravité des symptômes typhoïdes n'a aucun rapport constant avec l'étendue de la phlegmasie.

Il faut admettre une pneumonie *intermittente*, dans laquelle les symptômes propres de la phlegmasie, subordonnés à l'état fébrile, suivent la même marche que ce dernier, c'est-à-dire qu'ils naissent, s'accroissent, cessent parfois complètement ou diminuent considérablement en même temps que lui. La pneumonie constitue alors une forme spéciale de fièvre intermittente pernicieuse, affectant presque toujours le type quotidien ou tierce. Il est certain que, dans l'apyrexie qui suit les premiers accès, les symptômes locaux, tels que la douleur de côté, les crachats rouillés et la crépitation elle-même, peuvent cesser complètement pour reparaitre dans l'accès suivant; c'est à tort qu'on le conteste; le plus souvent pourtant il reste pendant l'apyrexie un peu d'obscurité du son et même quelques râles. Il arrive beaucoup plus souvent que l'altération pulmonaire conserve toute son acuité, les symptômes sont continus, mais ils éprouvent périodiquement une exacerbation marquée par les stades ordinaires des fièvres d'accès; on dit alors que la pneumonie est *rémittente*. Cette forme est de beaucoup plus commune que la forme intermittente (1).

Il est une forme de pneumonie très-fréquente, surtout aux deux extrêmes de la vie, c'est la *broncho-pneumonie* ou *pneumonie catarrhale* ou *lobulaire*. Elle n'a pas un début brusque, mais un début plus ou moins insidieux, il y a souvent une période catarrhale qui dure plusieurs jours ou plusieurs semaines; puis sans cause apparente les symptômes s'aggravent tout à coup. La fièvre redouble alors, ainsi que l'oppression; les râles sibilants et sous-crépitants sont plus bruyants, plus nombreux, plus mobiles; la percussion reste aussi sonore que par le passé, les crachats sont visqueux et blanchâtres.

En un mot, au début il n'existe guère qu'un état catarrhal souvent même des plus bénins en apparence; l'exploration physique rassurerait, si les crachats toutefois ne prenaient souvent une teinte *suspecte* ou caractéristique et s'il ne survenait un appareil fébrile considérable. Cet état, purement catarrhal, peut rester stationnaire quelques jours, plusieurs semaines même, puis on reconnaît une lésion du parenchyme. Il n'existe de matité nulle part, la sonorité est seulement amoindrie simultanément des deux côtés, et le plus communément à la base des poumons. A l'auscultation on entend tous les râles de la bronchite la plus aiguë, presque jamais on ne distingue la crépitation pneumonique, mais du râle sous-crépitant existant dans un point circonscrit avec des bulles plus nombreuses et plus sèches. Bientôt pourtant la respiration devient plus rude, un peu soufflante, sans que le souffle acquière jamais la rudesse de celui qu'on constate dans la pneumonie lobaire; il en est de même du retentissement de la voix qui est accru sans offrir jamais le timbre bronchophonique

(1) Voyez l'Étude des formes périodiques dans mon *Traité*, 2^e édition, p. 411 et 425.

qu'il a dans la pneumonie vraie. Ces phénomènes d'auscultation, râles, souffle, retentissement, ne sont point fixes comme dans celle-ci, mais ils sont remarquables par leur inconstance et par leur mobilité; prédominant aujourd'hui, disparaissant demain pour reparaitre plus tard. Dans la broncho-pneumonie il n'y a pas de point de côté, mais des douleurs vagues et une oppression toujours plus grande que dans la pneumonie vraie. Le pouls est mou, le sang peu couenneux, il y a de la soif, de l'inappétence, une céphalalgie vive, et parfois, surtout chez les vieillards, un peu de subdelirium.

La broncho-pneumonie n'a pas une marche régulière, et c'est là presque un trait caractéristique de cette affection. Nous avons dit combien les phénomènes locaux offraient de mobilité et d'inconstance. Il en est de même de l'état fébrile qui diminue, puis redouble pour diminuer encore et cesser presque complètement. On croit toucher à la convalescence, mais subitement et sans cause les mêmes accidents reviennent, ils redoublent, et les malades succombent lentement asphyxiés, ou emportés en quelques heures par une aggravation subite et imprévue.

Lorsque les malades guérissent, la fièvre décline, mais les phénomènes locaux persistent longtemps, la convalescence est plus longue, moins franche que dans la pneumonie vraie (1).

La broncho-pneumonie est la seule forme de l'inflammation des poumons qui mérite le nom de *latente*, expression par laquelle les anciens désignaient toutes les pneumonies qui ne se révélaient ni par la douleur de côté, ni par les crachats. Aujourd'hui, pour qu'une pneumonie soit latente, il faut en outre que l'auscultation et la percussion ne fournissent que des résultats négatifs: or les cas de ce genre sont excessivement rares.

On a décrit plusieurs autres formes de pneumonie: les unes hypothétiques, d'autres vraies, mais moins importantes que les précédentes. Je renvoie à ce que j'ai dit ailleurs des pneumonies *rhumatismales*, *vermineuses*, *puerpérales*, *traumatiques* (2). Nous dirons sous peu, à propos de l'étiologie, que la pneumonie est une des complications les plus fréquentes des autres maladies; on dit, dans ces cas, qu'elle est *secondaire*, *consécutive* ou *symptomatique*: on conçoit qu'elle doit éprouver alors dans ses symptômes et dans sa marche des modifications très-importantes à connaître. Je renvoie le lecteur à mon *Traité*, où ce point de pratique, qui n'avait guère fixé l'attention des observateurs, a été, pour la première fois, étudié avec soin. (Voy. p. 279, 344, 384, 436.)

Convalescence. Phénomènes consécutifs. Rechutes. — De toutes les maladies aiguës qui mettent la vie en péril, la pneumonie est une de celles dont la convalescence marche le plus rapidement et le plus franchement; les seuls phénomènes qui persistent, en général, quelque temps après que les forces sont revenues, sont la toux, une diminution dans l'expansion pulmonaire et parfois même une crépitation grosse. Il n'est pas rare aussi que les malades se plaignent d'éprouver encore pendant les inspirations fortes une douleur de côté incommode, douleur qui se rattache à l'inflammation de la plèvre, comme le bruit de frottement qu'on perçoit fréquemment dans le point même où il siège. Les rechutes sont extrêmement rares; elles m'ont paru en général moins graves que la maladie première. Enfin, la convalescence peut être incomplète; c'est ce qui arrive dans les cas où la pneumonie passe à l'état chronique, ou bien lorsqu'elle devient l'occasion du développement de tubercules pulmonaires, ou lorsqu'elle provoque le ramollissement de tubercules préexistants. Ces deux cir-

(1) *Traité de la pneumonie*, 2^e édition, p. 408.

(2) *Ibid.*, 2^e édition, p. 425 et 430.