

constances, la première surtout, sont, quoi qu'on en ait dit, excessivement rares. La pneumonie est quelquefois aussi une cause déterminante de maladies organiques du cœur et de l'aorte. (Voyez mon *Traité*, p. 448 à 470, 2^e édition.)

Diagnostic. — La pneumonie a deux symptômes *pathognomoniques*, qui sont : les crachats *rouillés* et la *crépitation*. Les crachats qui ont une teinte *rouillée*, *jaune-abricot* ou *safran*, *sucre d'orge*, *verdâtre*, et probablement aussi les crachats couleur *jus de pruneaux* ou de *réglisse*, sont caractéristiques d'une inflammation pulmonaire. Il n'en est pas de même des crachats *briquetés* et de ceux qui ont l'aspect d'une forte solution de gomme arabique : car nous avons rencontré les premiers dans l'apoplexie pulmonaire, et les seconds dans certaines bronchites aiguës. Cependant, comme ils sont beaucoup plus communs dans la pneumonie, on devra, toutes les fois qu'ils existent, *souçonner* ou regarder comme *probable* l'existence de cette affection. La crépitation fine, sèche, égale, nombreuse, a pour moi la même valeur que les crachats rouillés; on ne la rencontre, en effet, dans aucune autre affection que la pneumonie. Il n'en est plus de même de la crépitation humide et grosse ou du râle sous-crépitant, qui, existant à la fois dans la pneumonie et dans certaines bronchites, n'a pas une valeur *absolue*, mais seulement une valeur *relative*. Ainsi le râle sous-crépitant dépend-il d'une bronchite, on le trouve souvent disséminé sur une grande surface; il est mobile et on le rencontre toujours dans l'un et l'autre poumon à la fois, sans qu'il y ait aucun rapport constant entre les symptômes généraux et l'étendue dans laquelle ce phénomène existe. Lorsqu'au contraire ce râle dépend d'une pneumonie, il est ordinairement circonscrit, borné à un seul des côtés de la poitrine, et il coexiste généralement avec une fièvre intense, avec un point de côté, avec des crachats rouillés. Enfin, dans la pneumonie double, comme les poumons ont été envahis *successivement*, si, dans le côté qui a été affecté en dernier lieu, on ne trouve que du râle sous-crépitant, dans le côté opposé la maladie étant plus ancienne et parvenue à un degré plus avancé, se révélera par du souffle tubaire. Ce souffle n'a lui-même rien qui soit caractéristique; nous l'observerons, en effet, dans certaines dilatations bronchiques; nous le trouverons encore dans la pleurésie ayant assez souvent les mêmes caractères que dans la pneumonie. Parmi les autres symptômes locaux, tels que la douleur de côté, la toux et la dyspnée, nul n'est caractéristique, puisqu'ils peuvent appartenir à diverses maladies; mais ce sont des signes *indicateurs* qui doivent donner l'éveil et engager le médecin à explorer avec soin les organes pectoraux. Enfin les symptômes généraux et sympathiques seront encore des éléments très-importants pour le diagnostic, surtout chez les vieillards. A cet âge, un état fébrile continu, s'annonçant par un frisson violent, dépassant la durée de la fièvre éphémère et ne s'expliquant par aucune phlegmasie appréciable à l'extérieur ni dans les cavités splanchniques, devra faire regarder comme infiniment probable l'existence d'une pneumonie. Ce jugement sera fondé sur la fréquence de cette affection chez les vieillards, sur ce que, de toutes les maladies aiguës dont ils sont atteints, la pneumonie est celle qui est le plus souvent latente, qui produit la réaction la plus vive et excite le plus grand nombre de sympathies sans presque déterminer de troubles fonctionnels du côté de l'organe malade. On conçoit que les symptômes précédents aient beaucoup moins de valeur chez les individus jeunes, car ceux-ci sont sujets à des maladies aiguës qui, comme les fièvres typhoïdes et éruptives, ne s'accompagnent souvent à leur début d'aucun symptôme local. Ce que je viens de dire des vieillards s'applique exactement à tous les individus qui sont atteints d'une maladie aiguë ou chronique. La pneumonie étant une complication fréquente de tous les états morbides graves

il faut que la sollicitude du médecin soit constamment éveillée du côté des organes thoraciques; il importe de percuter et d'ausculter souvent ces malades, quand même l'absence de toute expectoration, de la toux et de la dyspnée, exclurait toute idée d'inflammation pulmonaire.

L'auscultation nous fait non-seulement diagnostiquer la pneumonie, mais elle nous permet encore, aidée de la percussion, d'en préciser le siège et l'étendue en surface. Mais ces méthodes d'exploration ne peuvent pas nous apprendre à déterminer la profondeur à laquelle l'altération pénètre. On ne peut avoir, à ce sujet, que des présomptions fondées surtout sur la gravité ou la bénignité des symptômes généraux. L'auscultation et la percussion sont impuissantes pour nous faire diagnostiquer les pneumonies centrales, dans les cas où celles-ci ne se révèlent point par la nature de l'expectoration. Laënnec a bien prétendu que, dans ces cas, une oreille exercée pouvait entendre profondément la crépitation et la respiration tubaire; mais je crois que cet illustre médecin a ici exagéré la puissance pourtant si grande de l'auscultation. J'ai, en effet, rapporté plusieurs observations dans mon *Traité* qui démontrent qu'une lame de poumon perméable, n'ayant que 5 à 12 millimètres d'épaisseur, avait suffi pour amortir, étouffer ou masquer les bruits pathologiques que devait produire une hépatisation rouge ou grise plus profondément placée.

Il importe beaucoup, pour le pronostic et pour le traitement, de savoir diagnostiquer le degré de la pneumonie. La respiration bronchique et la bronchophonie sont les seuls signes certains pour distinguer les deuxième et troisième degrés du premier, qui est caractérisé par le râle crépitant. Le mélange de ces deux bruits morbides indiquera l'existence simultanée des deux premiers degrés; mais il est absolument impossible, nous l'avons dit, de diagnostiquer l'un de l'autre les deuxième et troisième degrés. Cependant on pourra *souçonner* une hépatisation grise lorsque les malades rejettent des crachats jus de pruneaux, ou bien encore lorsqu'on entend mêlés au souffle bronchique des craquements humides et gros; enfin, lorsqu'il existe un état général grave, et que la maladie remonte déjà à plus d'un septénaire. Une collection purulente du poumon ne pourra être diagnostiquée qu'autant qu'elle communique largement avec les bronches et que le pus est évacué par l'expectoration. Si l'on a égard à la marche seule de la maladie et aux symptômes concomitants, on ne confondra jamais un abcès pulmonaire avec une cavité tuberculeuse ou avec une dilatation des bronches; on le distinguera aussi très-facilement d'une pleurésie circonscrite. L'existence antérieure d'une maladie du foie, de la rate et des reins; des symptômes graves faisant brusquement explosion vers la poitrine, et suivis de l'expulsion d'une quantité quelquefois énorme de pus offrant différents caractères, suivant l'organe qui l'a fourni, feront reconnaître un abcès perforant.

Pour peu qu'on prête attention, il est impossible de confondre la pneumonie avec une autre maladie aiguë de poitrine, comme la pleurésie, la phthisie aiguë, l'apoplexie pulmonaire; plus tard, à l'occasion de chacune de ces maladies, nous établirons leur diagnostic différentiel. Quant à la bronchite capillaire, on la distingue de l'inflammation du parenchyme par des râles sibilants fins, ronflants et muqueux, par la sonorité toujours intacte et parfois même exagérée du thorax, par des crachats blancs ou opaques, par l'absence du point de côté; si une douleur existe, elle est presque toujours sous-sternale; enfin par l'appareil fébrile, en général médiocre dans la bronchite, presque toujours fort dans la pneumonie, qui est, de toutes les affections thoraciques, celle qui élève au plus haut degré la chaleur animale : c'est ce que M. Roger

a démontré à l'aide du thermomètre. Il faudra enfin éviter de prendre pour des fièvres typhoïdes les pneumonies qui s'accompagnent de symptômes adynamiques et ataxiques. Cette méprise n'est pas très-rare, bien qu'il soit facile pourtant de l'éviter quand on explore attentivement la poitrine, lorsqu'on a égard au mode d'invasion de la maladie, généralement brusque si c'est une pneumonie, précédée d'assez longs prodromes si c'est une fièvre typhoïde; si l'on a égard enfin aux symptômes abdominaux, presque nuls dans la pneumonie, très-notables et très-variés dès le début de la fièvre typhoïde, dans laquelle existent de la diarrhée, du météorisme, du gargouillement dans la fosse iliaque et une intumescence de la rate.

Aux deux extrêmes de la vie, il n'est pas rare de voir des accidents cérébraux purement sympathiques : chez les enfants le délire et les convulsions, chez les vieillards un état comateux, détourner l'attention et faire méconnaître une pneumonie; une exploration méthodique permet seule d'éviter une aussi grossière erreur.

Le diagnostic de la pneumonie chronique offre parfois quelque incertitude. La pleurésie chronique, la dilatation des bronches dans une grande étendue, et surtout les tubercules crus ou ramollis, sont les maladies qui seront plus aisément confondues avec l'induration chronique des poumons. Dans l'état actuel de la science, il est même difficile de donner des caractères distinctifs très-précis. Nous dirons seulement que la pneumonie chronique peut se distinguer de la tuberculisation par son siège ordinaire dans le lobe inférieur, parce qu'elle est bornée à un seul côté, parce qu'elle ne s'accompagne pas d'hémoptysie et de sueurs nocturnes, et enfin par sa marche et par son mode d'invasion. Lorsque la pneumonie chronique n'a d'autre phénomène physique qu'une matité complète, elle ne se distinguera de la pleurésie que difficilement. Cependant si la matité est circonscrite et si les symptômes généraux sont graves, si la nutrition surtout est profondément altérée, la présomption sera pour la pneumonie chronique plutôt que pour la pleurésie, qui, à l'état de simplicité, ne détermine guère, du côté de la nutrition, des troubles graves, tandis que ceux-ci sont au contraire constants dans l'induration chronique du poumon. Peut-être le frémissement des parois thoraciques fournit-il encore un signe distinctif : nous verrons, en effet, qu'il est nul dans la pleurésie, tandis qu'il peut être conservé ou exagéré dans l'induration chronique du poumon. Il y a moins de difficulté à différencier la pneumonie d'avec une dilatation étendue des bronches, car dans celle-ci il y a plutôt obscurité de son que matité complète, les malades rejettent par flots une grande quantité de mucosités; il n'existe pas de fièvre hectique, les malades conservent un certain embonpoint. Pour le diagnostic de la pneumonie chronique d'avec le cancer du poumon, j'en parlerai en traitant de cette dernière affection (1).

Pronostic. — La pneumonie est une maladie presque toujours grave; elle l'est inégalement aux différents âges de la vie. Presque toujours mortelle chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle, elle est également très-meurtrière jusqu'à l'âge de trois à cinq ans, ce qui tient non-seulement à l'âge, mais encore à ce que beaucoup de pneumonies qui surviennent à cette époque de la vie sont consécutives à un état maladif antérieur. Au delà de l'époque dont je parle, et jusqu'à quinze ou vingt ans, la pneumonie est une affection infiniment moins sérieuse, c'est même la période de la vie où elle fait le moins de victimes; on pourrait même dire qu'elle est bénigne, puisque

(1) *Traité de la pneumonie*, 2^e édition, p. 508.

M. Barthez n'a vu succomber que 2 enfants sur 212 âgés de deux à quinze ans. Dans les périodes suivantes, la mortalité est, en général, d'autant plus grande, et le pronostic doit être, par conséquent, d'autant plus fâcheux que les individus sont plus âgés. J'ai démontré que la mortalité, qui de seize à trente ans est à peine d'un quatorzième, d'un septième entre trente et quarante, d'un sixième entre quarante et cinquante, d'un cinquième entre cinquante et soixante, s'élève aux huit dixièmes pour ceux qui ont plus de soixante et dix ans. J'ai vu également que, toutes choses égales d'ailleurs, la pneumonie offrait plus de gravité chez la femme que chez l'homme, chez les sujets débiles que chez les individus fortement constitués. L'état de grossesse est sans contredit une circonstance très-fâcheuse; car la plupart des femmes succombent, les unes en conservant le produit de la conception, les autres après avoir avorté ou être accouchées prématurément. Une constitution mauvaise, la conformation vicieuse du thorax, le rachitisme, des pneumonies antérieures, des conditions hygiéniques défavorables, l'habitude de l'ivrognerie, le traitement commencé à une époque déjà éloignée du début, sont tout autant de circonstances qui rendent l'issue plus incertaine, tandis que les saisons, la nature des causes occasionnelles, n'influent pas sensiblement sur le pronostic. La pneumonie droite n'offre ni plus ni moins de gravité que celle du côté gauche; mais des faits nombreux ont prouvé que la phlegmasie du lobe supérieur se terminait plus souvent d'une manière funeste que celle du lobe opposé, sans que l'on puisse jusqu'à présent déterminer bien exactement quelle est la raison d'une pareille différence. Parmi les symptômes, il en est un certain nombre qui deviennent encore un élément de pronostic : ainsi l'accélération très-grande de la respiration, celle du pouls, lorsqu'elle atteint ou qu'elle dépasse 120 pulsations chez l'adulte, indiquent toujours beaucoup de gravité. Le péril est surtout très-grand lorsque la respiration est inégale, entrecoupée; lorsque le pouls est petit, irrégulier, intermittent; lorsque les malades ont des syncopes. Les crachats *jus de pruneaux* ou *de réglisse* sont du plus fâcheux augure, car nous avons vu qu'ils coïncident le plus souvent avec l'hépatisation grise. La suppression brusque de l'expectoration est également une circonstance fâcheuse, surtout lorsque les crachats, continuant à être exhalés, s'accumulent dans les bronches. On peut dire, en règle générale, que pour fixer son jugement sur l'issue qu'aura la pneumonie, le médecin aura égard avant tout à l'état général du sujet : le pronostic devrait être très-réservé, si, l'auscultation et la percussion indiquant une diminution dans l'engorgement pulmonaire, les symptômes généraux restaient néanmoins stationnaires. Le pronostic sera fâcheux si, en même temps que les accidents locaux paraissent s'amender, on note, au contraire, de l'aggravation dans les symptômes généraux; s'il n'existe alors aucune complication qui en rende compte, on regardera comme probable le passage de la pneumonie du deuxième au troisième degré. Il faut surtout chez l'enfant et chez le vieillard ne compter sur une amélioration que l'on constate qu'autant qu'elle est notable et qu'elle persiste depuis quelque temps; car nous avons vu plus haut qu'aux deux extrêmes de la vie, la pneumonie avait souvent une marche saccadée; que les phénomènes stéthoscopiques disparaissaient et reparaissaient quelquefois à deux ou trois reprises différentes, avant que la maladie eût une issue funeste. Toutes les complications rendent le pronostic plus grave. La forme typhoïde est toujours fâcheuse; mais elle entraîne surtout un grand péril lorsqu'elle règne épidémiquement. Quel que soit l'âge du sujet, la pneumonie est presque toujours mortelle lorsqu'elle survient dans le cours d'une maladie déjà grave, telle que fièvre typhoïde ou éruptive, phlébite, affection cancéreuse, maladie de Bright et

diabète. La maladie est également très-meurtrière chez les aliénés en démence et paralytiques. Au contraire, des faits multipliés nous ont prouvé, ainsi qu'à MM. Andral et Louis, que la pneumonie qui survient chez les phthisiques ayant encore de l'embonpoint et des forces, guérit presque constamment sans aggraver la maladie préexistante, même lorsqu'il existe déjà de petites excavations dans les poumons; il n'en est plus de même lorsque les malades sont parvenus à une période avancée de la troisième période.

Étiologie. — La pneumonie est une maladie qu'on observe à tout âge. Plus commune aux deux extrêmes de la vie, cause principale de la mortalité chez les vieillards, elle a son maximum de fréquence chez l'adulte dans la période de vingt à trente ans. Si l'homme y est de deux à quatre fois plus sujet que la femme, cela ne dépend pas d'une action spéciale exercée par le sexe, mais bien des conditions hygiéniques différentes, puisque, lorsque celles-ci sont les mêmes, la proportion des pneumonies ne diffère guère chez l'homme et chez la femme. Si l'influence des tempéraments et de la constitution dans la production des pneumonies n'est pas encore suffisamment établie, les faits ont du moins démontré qu'une vicieuse conformation du thorax ne prédisposait pas à la maladie; que celle-ci semblait être d'autant plus commune que les individus étaient plus pauvres, qu'ils faisaient plus d'excès et se livraient à des travaux plus rudes. Des attaques antérieures en appellent de nouvelles; et, dans les récidives, la maladie a de la tendance à envahir toujours le même poumon. La pneumonie sévit dans tous les pays du globe, mais nous l'avons trouvée plus commune dans les climats tempérés; c'est dans les pays à température extrême, dans les régions polaires plus encore que sous les tropiques, que la maladie paraît avoir son minimum de fréquence. Partout où vit la race nègre à côté des Européens, on la voit fournir à la pneumonie et à toutes les autres maladies de poitrine un plus large tribut. La pneumonie peut régner sporadiquement ou épidémiquement à toutes les époques de l'année; mais j'ai trouvé qu'à Paris elle a en général son maximum de fréquence dans les mois de mars et d'avril. Quant à l'influence des causes occasionnelles, j'ai démontré combien le poumon s'enflamme difficilement par l'action des violences extérieures. Ce n'est guère que sur un quart des sujets que j'ai pu constater l'action d'une cause occasionnelle: c'était chez presque tous un refroidissement du corps. Ainsi, dans la grande majorité des cas, la pneumonie survient sans le concours d'aucune cause excitante appréciable; c'est-à-dire que la maladie est alors, selon toute apparence, *spontanée*. D'ailleurs, toutes les fois qu'une cause occasionnelle a provoqué l'explosion de la pneumonie, on doit admettre que cette cause n'a pu avoir d'effet qu'autant que l'individu était antérieurement prédisposé à en recevoir les atteintes, puisque souvent cette cause avait déjà agi dans des circonstances semblables en apparence, sans produire les mêmes effets fâcheux.

Dans l'ouvrage auquel j'ai emprunté les résultats précédemment indiqués, j'ai encore prouvé que tout état morbide de l'économie dans lequel il existe un mouvement fébrile et un grand degré de faiblesse prédisposait aux phlegmasies pulmonaires. C'est surtout chez les enfants et chez les vieillards qu'on retrouve cette tendance extrême des poumons à s'enflammer dans le cours de toute espèce de maladie aiguë ou chronique. Ainsi, chez les premiers, les pneumonies secondaires sont surtout communes dans la gangrène de la bouche, dans la rougeole, dans la coqueluche, dans le croup, dans la variole, dans la fièvre typhoïde et dans l'entérite chronique. Parmi les maladies spéciales aux adultes, ou du moins plus fréquentes à cet âge, nous citerons comme produisant souvent des pneumonies: dans les maladies aiguës, la morve et les phlébites; puis

viennent successivement la fièvre typhoïde, les affections aiguës des centres nerveux et les autres maladies fébriles, telles que le rhumatisme, etc.; dans les maladies chroniques, on distingue d'abord la phthisie, les affections organiques du cœur et les maladies cancéreuses; les lésions chroniques du foie et la démence paralytique viennent ensuite. Presque toutes ces maladies déterminent l'explosion des pneumonies par suite de la faiblesse qu'elles produisent, soit que celle-ci agisse en rendant plus faciles les congestions passives des poumons, soit que l'individu affaibli soit plus impressionnable et résiste moins aux causes ordinaires des pneumonies. Quoi qu'il en soit, la première cause est réelle, et il est certain, comme M. Piorry a d'ailleurs le mérite de l'avoir établi un des premiers, que le décubitus dorsal prolongé finit par produire, dans les parties déclives des poumons, un engouement sanguin qui est la cause d'un grand nombre de pneumonies consécutives (*pneumonie hypostatique*) (1).

Traitement. — La pneumonie n'étant point une maladie spécifique, et se présentant en outre avec des caractères très-différents, suivant les âges, les constitutions médicales, etc., il est inutile d'insister ici pour prouver qu'on ne saurait adopter contre elle une médication uniforme.

Aujourd'hui, comme on l'a fait maintes fois déjà, nous voyons, après les abus d'une intervention médicale excessive, quelques médecins tout aussi peu sages ne vouloir opposer à la pneumonie que l'expectation. Certes nul moins que moi ne conteste que la maladie ne puisse guérir toute seule, la pratique des hôpitaux nous prouve même tous les jours que la pneumonie peut se terminer heureusement dans les conditions hygiéniques les plus déplorables; mais de ce que dans certaines constitutions médicales on a vu des pneumonies étendues et graves en apparence guérir par les émoullients seuls; de ce que, dans certaines périodes de l'enfance, la pneumonie semble avoir une irrésistible tendance à guérir, en faut-il conclure qu'une intervention thérapeutique soit toujours inutile ou nuisible? Je ne saurais assez protester contre une pareille proposition. Je renvoie d'ailleurs à ma monographie pour traiter à fond cette question et examiner la valeur des documents qu'on a produits et acceptés en France avec la plus déplorable légèreté (2). Qu'il me suffise de dire ici que dans toute pneumonie même bénigne, je crois à l'utilité d'un traitement plus ou moins actif. Faire une saignée générale lorsque le pouls est fort, préférer la saignée locale lorsque la douleur de côté est vive, donner quelques laxatifs et soumettre les individus à la diète, me paraît encore la médication la plus utile à opposer à ces pneumonies qui sont assez bénignes pour guérir seules. Ce traitement aura sur l'expectation l'avantage d'empêcher certaines pneumonies de devenir plus graves, il donnera un soulagement prompt et abrégera sensiblement la durée de la maladie.

De toutes les médications de la pneumonie, ce sont les saignées qui ont compté et comptent encore le plus de partisans. Quelques-uns, dans leur enthousiasme pour elles, en ont fait en quelque sorte un spécifique. Cependant la saignée, loin d'être toujours utile, est nuisible dans quelques cas; elle l'est dans la plupart des pneumonies qui sont secondaires, et généralement toutes les fois que la maladie atteint des sujets cacochymes, affaiblis par la misère et par l'âge; ou bien encore lorsqu'elle revêt une forme typhoïde, ou qu'elle apparaît dans le cours de certaines constitutions médicales, ainsi que Sydenham et Huxham l'ont observé. En un mot, il faut s'abstenir de saignées lorsque la prostration est extrême,

(1) *Traité de la pneumonie*, 2^e édition, p. 558.

(2) *Ibid.*, 2^e édition, p. 91 et 185.

le pouls petit, fuyant sous le doigt, irrégulier, et lorsque, d'après l'ensemble des symptômes, on doit craindre le passage de la pneumonie au troisième degré. Hors ces cas, la saignée est utile. L'âge trop tendre ou trop avancé des sujets n'est jamais et ne peut être une contre-indication absolue dans son emploi; ces circonstances doivent seulement nous forcer à moins la prodiguer; il en est de même de l'ancienneté de la maladie, qui ne peut jamais à elle seule faire proscrire la saignée, si d'ailleurs les symptômes généraux la réclament. Il ne faut pas oublier que la saignée sera d'autant plus efficace, soit pour soulager, soit pour abrégé la durée de la maladie, qu'on la pratiquera à une époque plus voisine du début.

Les émissions sanguines locales ne pouvant produire un dégorgeement assez rapide, on doit, si l'état du pouls le permet, leur préférer les saignées générales. Cependant, lorsque la douleur de côté est vive, il faudra recourir à une application de sangsues ou de ventouses, qui ont l'avantage d'enlever le point douloureux plus rapidement que ne le fait l'ouverture de la veine. Cependant les saignées locales sont à peu près les seules qu'il convient de faire aux enfants, du moins chez ceux qui ne dépassent pas six ans. On mettra deux sangsues seulement chez les plus jeunes, dix ou douze chez les plus âgés; on pourra même y revenir une ou plusieurs fois. Chez l'adulte aussi on répétera la saignée plus ou moins fréquemment; chaque évacuation sera plus ou moins abondante, suivant l'état des forces, le degré de résistance du pouls et le plus ou moins de persistance de l'inflammation. Il est des individus pléthoriques, vigoureux, chez lesquels on pourra pratiquer avec avantage trois ou quatre saignées dans les vingt-quatre heures; on pourra même les répéter en nombre égal les jours suivants, tandis que chez d'autres on doit se borner à une seule émission sanguine. Il suit de là qu'on ne saurait fixer, même approximativement, la quantité de sang que les individus atteints de pneumonie peuvent perdre, ni le nombre de saignées qu'on peut leur pratiquer. M. Bouillaud est le seul médecin qui se soit élevé contre des principes qui sont sanctionnés par l'expérience des plus grands maîtres et par l'observation de tous les jours. Ce professeur a, en effet, soumis le traitement de la pneumonie à des règles fixes en déterminant le nombre de saignées qu'on devait pratiquer chaque jour et jusqu'à la quantité de sang qu'il fallait extraire à chacune d'elles. Par sa méthode, le professeur de la Charité a cru guérir un plus grand nombre de malades; il dit aussi les avoir soulagés plus vite et avoir abrégé de beaucoup la durée totale de la maladie. Mais ayant analysé ailleurs les faits rapportés par l'auteur, je crois avoir démontré que la mortalité d'un huitième obtenue par M. Bouillaud s'expliquait par l'âge peu avancé de ses malades, qui avaient en moyenne trente-trois ans. Non-seulement M. Bouillaud a trouvé un utile auxiliaire dans la circonstance dont je parle, mais il a été en outre favorisé par le grand nombre de pneumonies bénignes ou peu graves qui lui sont échues; ajoutons, enfin, que presque toutes les pneumonies ont été observées sur des hommes, chez lesquels la mortalité est moins considérable que chez les femmes; de sorte qu'en considérant toutes les circonstances heureuses au milieu desquelles M. Bouillaud s'est trouvé, on serait en droit de se plaindre de ce qu'il n'ait pas obtenu des résultats encore plus avantageux. Nous avons dit que M. Bouillaud croyait aussi, par sa méthode, soulager et guérir ses malades moitié plus vite que par les traitements ordinaires; mais cette assertion est uniquement fondée sur une manière vicieuse adoptée par M. Bouillaud pour calculer la durée des maladies. Tandis que tout le monde comprend dans la durée d'une pneumonie le temps écoulé depuis le début des premiers symptômes, et de la fièvre surtout, jusqu'à la convalescence, M. Bouillaud,

chose presque incroyable, a donné longtemps comme durée de la maladie la durée du traitement. Pour les malades traités dans les hôpitaux, qui ne viennent réclamer nos soins qu'après trois, cinq, huit ou dix jours de maladie, M. Bouillaud, ne tenant aucun compte de cette période, datait la guérison ou la mort à partir seulement *du jour où les malades étaient entrés à l'hôpital*; de sorte que les pneumonies qu'il indiquait comme ayant duré neuf jours en avaient réellement duré quinze, lorsqu'on voulait compter comme tout le monde. M. Bouillaud a renoncé depuis à ce système; mais celui qu'il a adopté est tout aussi vicieux que le premier: il consiste à rapprocher le terme de la convalescence et à dater celle-ci *du moment où la fièvre a diminué, mais n'a pas encore cessé* (1); comme si l'on était en droit de considérer comme guéris de pneumonie les individus chez lesquels le mouvement fébrile n'est pas encore complètement éteint. Il faut supposer une bien grande préoccupation d'esprit à M. Bouillaud, pour qu'il ait pu comparer des faits ainsi interprétés avec les nôtres et avec ceux de MM. Louis et Chomel, et surtout pour qu'il ait pu rapporter à sa méthode un bénéfice qu'elle n'a pas donné. D'ailleurs le traitement adopté et prôné par M. Bouillaud abrège si peu la durée de la pneumonie, que si l'on veut analyser les faits qu'il a publiés d'après les règles fixes qui ont été posées par M. Louis, et que nous avons adoptées nous-même, on trouve que M. Bouillaud n'a pas guéri plus vite que nous. C'est donc sans aucune utilité que ses malades ont perdu un kilogramme de sang de plus que les nôtres. Dieu sait ce qui a pu en résulter de fâcheux pour leur constitution ou tout au moins pour le rétablissement de leurs forces!

Quoique les opinions de M. Bouillaud n'aient trouvé de l'écho nulle part chez les praticiens, j'ai cru cependant, en raison de la haute position officielle de l'auteur et de l'autorité que lui donne son talent, devoir les réfuter encore dans ce livre, afin de prémunir mes jeunes confrères non encore initiés aux difficultés de la pratique, contre les dangers d'une doctrine qu'ils ne suivront pas, je l'espère. Si d'ailleurs quelques doutes pouvaient encore s'élever dans l'esprit de mes lecteurs, je les renverrais à mon *Traité de pneumonie*, dans lequel j'ai longuement analysé et prouvé mathématiquement le peu de valeur de tous les documents publiés par M. Bouillaud et par ses élèves.

En résumé, on doit, dans le traitement de la pneumonie, saigner largement et rapidement; mais il faut le faire dans la mesure des forces et suivant les exigences de la maladie. Ainsi que nous l'avons dit dans nos généralités sur l'inflammation, il ne faut pas s'attendre à ce que les saignées, si on les pratique dès le début, aient un résultat immédiatement utile; car la pneumonie, comme toutes les autres maladies, a une période d'augment, quelque abondantes d'ailleurs que soient les pertes de sang. Rasori exprimait la même pensée; son témoignage a d'autant plus de valeur qu'on sait que ce grand médecin retirait fréquemment plus de 6 kilogrammes de sang à ses malades; cependant une perte aussi considérable empêchait très-rarement l'affection de s'accroître.

Lorsque la maladie ne cède pas aux antiphlogistiques, il arrive une époque où ces moyens ne sont plus applicables; dans ces cas, la majorité des modernes administrent les préparations antimoniales, particulièrement l'émétique à haute dose; mais je ne pense pas qu'on doive retarder jusqu'alors pour recourir à la médication contre-stimulante. Je crois, en effet, avoir démontré que l'affaiblissement très-grand des malades était une circonstance fâcheuse qui

(1) Voyez sa *Clinique*, t. II, p. 206.