

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

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

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

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

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

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

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

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

DE LA PNEUMONIE

SYNONYME. — Péri-pneumonie, pneumonie, fluxion de poitrine, fièvre pneumonique; *peripneumonia vera*, etc.

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

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

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

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

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

(1) *Traité de l'auscultation*, t. I.

(2) *Clinique médicale*, 3^e édition, 1834.

(3) *Dictionnaire en 30 volumes*, art. PNEUMONIE.

(4) *Recherches sur les effets de la saignée et de l'émétique*, 1835.

(5) *Diseases of the Chest*. Dublin, 1837.

(6) *Archives de médecine*, 2^e série, t. X et XII.

(7) *The American Journal*, 1834.

(8) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, année 1830.

(9) *Clinique des enfants nouveau-nés*, 1838.

(10) *Traité des maladies des enfants*, 2^e édition, 1853.

(11) *Recherches anatomo-pathologiques*. Paris, 1846, p. 157.

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

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

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

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

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

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

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

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

On se rend compte de même par une différence de volume pourquoi la pneumonie du lobe inférieur est à celle du lobe supérieur : : 4 : 3. Les constitutions médicales et les épidémies peuvent d'ailleurs faire varier beaucoup ces proportions et les mettre même en raison inverse. Enfin les deux poumons peuvent être simultanément atteints, mais les pneumonies doubles sont moins communes qu'on ne croit généralement, elles ne seraient guère, d'après moi, que dans la proportion d'un seizième, quel que soit d'ailleurs l'âge des individus. Cette proportion change quand il s'agit des pneumonies lobulaires; celles-ci, presque toujours en effet, affectent simultanément les deux poumons.

Après avoir exposé les lésions caractéristiques de la pneumonie, il nous reste à faire connaître les altérations concomitantes qu'on rencontre du côté des principaux organes. Dans la poitrine on trouve que chez l'adulte la plèvre est presque toujours plus ou moins enflammée (33 fois sur 35); mais, aux deux extrêmes de la vie, la pleurésie est moins générale et moins constante. Les bronches sont rarement altérées; elles contiennent des mucosités que l'on observe surtout en grande quantité chez les enfants et chez les vieillards. Enfin, dans presque tous les cas, on trouve un ou plusieurs ganglions bronchiques qui sont gonflés, rouges et ramollis, et même suppurés. Ayant examiné comparativement l'état du cœur sur un grand nombre de cadavres, j'ai vu que c'était surtout chez les pneumoniques qu'on rencontrait le plus souvent dans les cavités, des caillots denses, et qui, dans un cinquième des cas, étaient décolorés, fibrineux, de manière à justifier l'opinion de Burserius, qui regardait la pneumonie comme une cause très-active des concrétions polypeuses du cœur. La pneumonie ne s'accompagne d'aucune autre lésion viscérale, si ce n'est du côté de la muqueuse gastro-intestinale, qui est plus ou moins ramollie chez un quart des sujets. Cette altération, qui est d'ailleurs indépendante de l'inflammation, est consécutive à l'état fébrile.

Pneumonie chronique. — Dans la pneumonie chronique le volume du poumon peut être plutôt diminué qu'augmenté. Le tissu est induré, l'organe est devenu tout à fait imperméable. Sa couleur extérieure est d'un gris cendré, rougeâtre, ardoisée ou noire; sa dureté est telle qu'il résiste souvent à une pression très-forte; à la coupe il paraît moins humide; il est d'un gris violet ou livide. La surface des incisions ou des déchirures peut être granulée; mais cette disposition est d'autant moins évidente que l'altération est plus ancienne; elle finit enfin par disparaître. Dans ce cas, le tissu cellulaire interlobulaire est parfois hypertrophié, formant des cloisons épaisses et presque fibreuses. Enfin, quelquefois on a trouvé au centre des parties indurées, des points qui étaient ramollis, gangrenés, ulcérés, ou bien de petites cavités remplies d'une matière ichoreuse sans trace de tubercules nulle part (1).

Prodromes. Invasion. — Le plus souvent la pneumonie paraît avoir un début brusque. Cependant je me suis convaincu que de seize à soixante et dix ans on observait, chez le quart des malades, des symptômes précurseurs, tels que malaise, perte de l'appétit et des forces, sensibilité plus grande au froid, etc. Ces accidents ont une durée moyenne de quatre à cinq jours. J'ai trouvé, en outre, que, chez le quart environ des malades, la pneumonie survenait dans le cours d'une bronchite aiguë presque toujours bénigne, affection qui semble rendre les individus plus impressionnables aux causes ordinaires de la phlegmasie pulmonaire.

Dans les quatre cinquièmes des cas, l'invasion de la pneumonie est marquée

(1) Voyez mon *Traité de la pneumonie*, 2^e édition, p. 69.

par un frisson plus ou moins violent, par une douleur vive dans un des côtés de la poitrine, par de la toux et de l'oppression. Ces symptômes locaux et le frisson manquent un peu plus souvent chez les vieillards que chez l'adulte. Chez les enfants à la mamelle, on ne peut les constater; mais il existe chez eux de la fièvre, de l'agitation et surtout une grande accélération des mouvements respiratoires. A mesure qu'on s'éloigne de la naissance, on voit que la pneumonie de l'enfance ressemble de plus en plus, par son mode d'invasion, à celle des adultes.

Symptômes. — La pneumonie une fois déclarée, on constate des symptômes généraux et des symptômes locaux. Parmi les premiers se distingue la douleur de côté, qui survient le plus souvent dans les douze premières heures (161 sur 182), et presque jamais après le quatrième jour. Elle est ordinairement vive, poignante, et siège, dans les quatre septièmes des cas, au niveau et au voisinage du mamelon; elle correspond parfois (un cinquième des cas) à la portion du poumon phlogosé; elle est limitée ou s'irradie au loin, s'exaspère par la toux, par les mouvements respiratoires, et fréquemment par la pression. Cette douleur est moins l'effet de la pneumonie que de la pleurésie concomitante; c'est ce qui explique pourquoi elle manque plus souvent dans la pneumonie des enfants et des vieillards, chez lesquels nous avons vu que la plèvre était plus souvent intacte qu'elle ne l'est chez l'adulte. Dans tous les cas, il existe de la dyspnée et une accélération des mouvements respiratoires. Ces symptômes ne sont point en rapport, comme on l'a dit, avec la violence de la douleur ni plus marqués dans la pneumonie du sommet; mais ils sont, en général, proportionnés à l'étendue et à la violence de la phlegmasie pulmonaire; ils sont également plus intenses chez les très-jeunes sujets, chez ceux dont le thorax est difforme, chez les femmes, à une époque avancée de la grossesse, etc. La toux est un symptôme probablement constant, et qui survient presque toujours dans les douze premières heures de la maladie (80 sur 90); sa fréquence est en rapport le plus souvent avec l'étendue, mais nullement avec le siège de la pneumonie. Elle est rarement quinteuse comme dans la bronchite; elle provoque l'expulsion de crachats particuliers, mais variables, et qui jusqu'à Laënnec ont été le seul signe caractéristique de la pneumonie. Ces crachats sont pour la plupart visqueux, adhérant intimement au fond du vase, transparents, mêlés à de petites bulles d'air, homogènes, et offrent une coloration rouge comme la *brigue pilée* ou comme la *rouille*; ou bien ils sont jaunes comme le *safran*, comme l'*écorce de citron* ou d'*orange*, comme le *sucre d'orge* ou la *marmelade d'abricots*; plus rarement ils sont verdâtres depuis le *vert tendre* jusqu'au *vert porracé*; plus rarement encore la matière expectorée est liquide, séreuse, d'un rouge obscur, recouverte d'une écume blanchâtre, semblable au *jus de réglisse* ou de *pruneaux*. Enfin, il est des crachats également séreux, mais d'une couleur jaunâtre, coulants, souvent aérés, ayant une certaine viscosité, et ressemblant à une solution concentrée de gomme arabique. Les colorations que l'on vient d'indiquer sont produites par le sang, et leur diversité résulte de la proportion différente de ce liquide et de sa combinaison plus ou moins intime avec le mucus. J'ai fait voir que chez le plus grand nombre des malades, les crachats caractéristiques se montrent dans les deux premiers jours de la maladie. Cependant, dans un neuvième à peu près des cas, l'expectoration présente quelques anomalies; c'est ainsi que pendant toute la durée de l'affection les crachats peuvent rester blancs comme dans un simple catarrhe, d'autres fois l'expectoration manque complètement: c'est ce que l'on voit surtout dans la pneumonie du sommet. Toutes choses égales d'ailleurs, les cra-

chats sont moins colorés, moins visqueux, moins homogènes chez les vieillards que chez l'adulte. Il est presque inutile de dire que chez les très-jeunes enfants l'expectoration manque complètement. Valleix, MM. Vernois, à Paris, et Kiwisch, à Prague, ont dit que chez les nouveau-nés atteints d'hépatisation pulmonaire, une écume blanche, légèrement sanguinolente, épaisse et visqueuse, baignait souvent les lèvres, mais ce phénomène est sans importance; plus tard, et presque jusqu'à dix ou quatorze ans, il est rare qu'il y ait expectoration. Les crachats rejetés par les enfants ne présentent d'ailleurs les caractères indiqués plus haut que très-exceptionnellement: ils sont visqueux, striés de sang, mais presque jamais ils n'ont une teinte rouillée.

Dans la presque totalité des cas, l'inspection ne fait découvrir chez les pneumoniques aucun changement dans la configuration thoracique. Cependant je crois avoir démontré dans ma *Monographie* que quelquefois l'hépatisation pouvait, par elle seule, et indépendamment d'aucun épanchement pleurétique, produire une dilatation dans le point correspondant à l'altération. Parmi les signes que donne l'exploration du thorax, ceux fournis par la percussion et par l'auscultation sont les seuls qui soient vraiment essentiels à connaître. Dès le premier degré de la pneumonie, et du moment où le poumon est moins perméable, le son du thorax à ce niveau est plus obscur et l'élasticité moins parfaite. L'obscurité augmente peu à peu, enfin le son devient complètement mat, et l'élasticité est nulle lorsque la phlegmasie est arrivée au deuxième et au troisième degré. La percussion fournit les mêmes résultats chez les adultes que chez les vieillards et les enfants; cependant chez ces derniers, et même chez quelques vieillards très-amaigris, la poitrine est tellement sonore à l'état normal, que souvent, au niveau d'une hépatisation complète et assez étendue, on trouve encore une certaine résonance; aussi, à cet âge, il ne faut pas s'attendre à trouver une matité et un défaut d'élasticité *absolus*, mais seulement *relatifs*. On trouvera cette différence en percutant comparativement le point correspondant du côté opposé. Mais pour que la percussion fournisse des signes positifs, il faut que l'altération pulmonaire soit superficielle et qu'elle ait une certaine étendue en surface; aussi ne donne-t-elle que des résultats négatifs dans les pneumonies centrales et dans la forme lobulaire. Par la percussion on peut circonscrire l'altération et en suivre les progrès ultérieurs; mais on y parvient surtout par les résultats que l'auscultation fournit; ils diffèrent suivant le degré auquel la pneumonie est parvenue.

Les médecins ont admis, depuis Laënnec, que le râle crépitant était le premier phénomène stéthoscopique qu'on percevait dans la pneumonie. Cependant quelques faits, dans lesquels j'ai pu ausculter les malades dès les premières heures du début, me portent à penser que, dans la majorité des cas, sinon dans tous, la crépitation est précédée elle-même d'un affaiblissement du murmure respiratoire, et quelquefois aussi, d'après Stokes, d'une respiration puérile. Cependant, après six, douze ou vingt-quatre heures, ces modifications du bruit vésiculaire sont remplacées par le *râle crépitant*. Celui-ci est formé de bulles très-petites, égales, sèches, plus ou moins nombreuses, n'existant que pendant l'inspiration, et produisant un bruit analogue à celui que donne le sel marin qu'on projette sur des charbons ardents, ou bien encore à celui d'une mèche de cheveux qu'on froisse dans la conque de l'oreille: ce râle se passe très-probablement dans les vésicules. La crépitation pneumonique se présente parfois aussi avec d'autres caractères: ainsi, quelquefois les bulles sont moins nombreuses, elles sont inégales entre elles et surtout plus grosses et plus humides; elles se rapprochent beaucoup alors du râle sous-crépitant que nous

avons précédemment noté dans certaines bronchites, surtout dans les bronchites capillaires. Cette espèce de crépitation n'est pas rare chez les vieillards, et on l'observe presque constamment dans la pneumonie des enfants. Quel que soit d'ailleurs le caractère des bulles, on peut les entendre pendant toute la durée, ou seulement pendant une partie (la dernière moitié surtout) de l'inspiration. Souvent la crépitation manque aux inspirations ordinaires, tandis qu'elle n'est perçue que dans les inspirations fortes, ou mieux encore pendant les secousses de la toux. Le râle crépitant ne manque presque jamais dans la pneumonie: il caractérise le premier degré de la maladie.

Lorsque l'inflammation a passé de l'engouement à l'hépatisation, l'auscultation révèle l'existence de cette nouvelle altération, en faisant entendre au niveau des parties malades, au lieu de la crépitation dont je viens de parler, un bruit rude, sourd, métallique, semblable à celui qu'on produirait en soufflant dans un tube de bois ou d'airain. Ce phénomène a reçu le nom de *souffle tubaire* ou de *respiration bronchique*. Il est produit par le retentissement de l'air dans les grosses divisions bronchiques, lorsque les ramifications plus petites, ainsi que les vésicules, sont devenues imperméables. Le souffle tubaire, comme je l'ai prouvé après Jackson, commence presque toujours à être perçu pendant l'expiration, et ce n'est que lorsque l'hépatisation est plus complète que le phénomène existe, devient prédominant, et souvent même ne se remarque que pendant l'inspiration. A mesure aussi que l'imperméabilité du poumon arrive à être plus parfaite, la crépitation devient plus rare: puis elle cesse tout à fait, tandis que le souffle tubaire prend un timbre de plus en plus rude.

L'auscultation de la voix fournit aussi quelques phénomènes importants. Lorsque, le poumon n'étant encore qu'engoué, on applique l'oreille au niveau des parties malades, on trouve que, dans la moitié des cas environ, le retentissement naturel de la voix est augmenté, mais sans aucun caractère particulier. Si le poumon est hépatisé, la voix résonne fortement; cette résonance est *diffuse, non articulée*; le timbre est *sourd, bruyant* ou *métallique*: on dit alors qu'il y a *bronchophonie*.

Rien n'est plus variable que les résultats obtenus par l'application de la main au niveau des parties malades, pendant que l'individu parle. J'ai vu indifféremment le frémissement augmenter, diminuer, être même nul, de sorte que je ne saurais accorder aucune valeur à ce mode d'exploration. Si l'on réfléchit d'ailleurs à l'état anatomique d'un poumon hépatisé, on sera moins surpris de ce fait. Le tissu de l'organe n'est plus homogène; le plus ou moins de liquide qui s'est infiltré, le degré variable de ramollissement, le plus ou moins d'air contenu dans les vésicules font que deux poumons hépatisés et même que deux parties d'un même poumon ne sont pas des corps absolument identiques (1).

Les symptômes stéthoscopiques perçus dans toute l'étendue de la pneumonie cessent brusquement sur ces limites, où l'on entend, sans transition aucune, le murmure naturel de la respiration. Cependant il n'en est pas toujours ainsi; j'ai prouvé que, dans un quart des cas, là où cessaient les signes stéthoscopiques caractéristiques de la pneumonie, on constatait, dans un rayon plus ou moins étendu, borné, en général, à 15 ou 18 centimètres, un affaiblissement de murmure respiratoire, et, plus rarement, une respiration puérile qu'il n'est pas toujours possible d'expliquer par un état de congestion des tissus.

Dans le cours de la pneumonie, on voit les principaux organes de la vie animale et organique présenter divers phénomènes morbides, et participer sym-

(1) *Traité de la pneumonie*, 2^e édition, p. 245.

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 prostrant 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 prostrent; 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 révulsion, 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 indéterminée. 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-

aujourd'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-crépitations 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-crépitation 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.

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, soupçonner 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 soupçonner 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 caverne 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 récurrences, 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 déplorable; mais de ce que dans certaines constitutions médicales on a vu des pneumonies étendues et graves en apparence guérir par les émollients 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 abondante 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.

rendait l'action de l'émétique beaucoup plus incertaine. Il faut bien se garder de jamais épuiser la possibilité de saigner. La seule condition qui nous paraisse essentielle pour la bonne administration de l'émétique consiste à faire préalablement perdre au pouls sa dureté, à l'aide d'une ou plusieurs saignées pratiquées à peu d'intervalle les unes des autres. C'est là, je le répète, tout le secret pour bien administrer l'émétique : aussi, dans les cas où, dès le début, le pouls reste mou, dépressible, quelques vives d'ailleurs que soient la douleur de côté et la fièvre, quelque étendue qu'ait la pneumonie, on doit s'abstenir de toute émission sanguine, pour donner immédiatement l'émétique à haute dose, sauf, si le pouls se relève et acquiert de la dureté le lendemain, à recourir à la saignée générale ou locale. On ne reprendra l'usage du tartre stibié qu'après que le pouls sera redevenu souple et mou. C'est en suivant ces principes qu'on pourra n'avoir, chez les sujets traités dans nos hôpitaux d'adultes, qu'une mortalité d'un huitième environ. C'est aussi par l'administration de l'émétique qu'on détermine ces améliorations rapides, souvent presque instantanées, qu'on n'obtient jamais aussi promptement par l'emploi des saignées. La médication par l'émétique est applicable aux pneumonies de tous les âges : MM. Rilliet et Barthez ont trouvé jadis que, combinée avec les sangsues, elle constituait le mode de traitement le plus utile dans les phlegmasies pulmonaires des enfants. Depuis cette époque, M. Barthez a prôné l'expectation, justifiée d'ailleurs par la tendance qu'a la pneumonie dans le jeune âge à se terminer spontanément par la guérison. Chez les adultes on commence par 30 centigrammes d'émétique dans une potion gommeuse ; chez les vieillards on peut débiter par 40 ou 50 ; chez les enfants à la mamelle, par 10 ; au-dessus de deux ou trois ans on peut donner tout de suite 15 ou 20 centigrammes. Les doses sont augmentées ou diminuées suivant les effets obtenus : ainsi, chez l'adulte et chez les vieillards, on pourra donner successivement jusqu'à un 1 gramme d'émétique. Je ne crois pas que, dans notre climat, il soit prudent de dépasser cette dose ; on pourrait le faire dans les climats plus chauds, comme ceux d'Italie, d'Espagne et peut-être dans le midi de la France. L'émétique sera administré dans une potion gommeuse de 100 à 120 grammes, qu'on donne par cuillerée d'heure en heure. Presque toujours, après la deuxième ou troisième cuillerée, quelquefois dès la première, les malades éprouvent des vomissements bilieux et surtout des selles jaunes, plus ou moins nombreuses et abondantes, qui diminuent généralement ou cessent même tout à fait les jours suivants, lorsqu'on continue l'emploi de l'émétique : on dit alors qu'il y a *tolérance*. Quelques personnes, regardant à tort la tolérance comme une circonstance avantageuse à l'action de l'émétique, ont cru l'établir plus facilement en ajoutant une préparation opiacée à la potion stibiée ; j'ai démontré que cette addition était inutile. Le seul moyen qu'on ait pour rendre les effets primitifs moins nombreux consiste à mettre l'émétique dans une petite quantité de véhicule (90 grammes) et à l'aromatiser. Les évacuations que l'on provoque sont avantageuses par la révulsion dont elles sont l'effet, par les secousses qui les accompagnent et par la spoliation que le sang subit. On peut dire, en outre, que la tolérance qui s'établit dès le début est une circonstance fâcheuse, car elle indique un défaut de réaction de l'organisme : aussi ne l'observe-t-on guère que chez les vieillards et chez les sujets affaiblis. Indépendamment de l'état révulsif qu'il provoque, l'émétique agit plus encore peut-être en vertu de l'action spéciale qu'il exerce sur la nutrition consécutivement à son absorption. L'emploi de l'émétique n'est contre-indiqué que lorsque le malade porte une lésion organique ou une phlegmasie vive des

organes digestifs ; mais une entérite légère, ou l'état de grossesse, ne sont pas un obstacle à l'administration du médicament.

D'autres préparations antimoniales ont été préconisées dans la pneumonie : tels sont surtout l'oxyde blanc, à la dose de 1 à 16 grammes ; et le kermès, dont on donne de 60 centigrammes à 3 ou 4 grammes ; mais l'utilité de ces remèdes est contestable. L'oxyde blanc, vanté outre mesure à une certaine époque, est une poudre presque inerte ; quant au kermès, c'est un remède tellement infidèle, si variable dans ses effets, qu'il est tout à fait impossible de se fier à lui. Dans une maladie qui, comme la pneumonie, marche avec une rapidité si grande, il faut préférer les remèdes contre-stimulants, qui sont d'une composition partout identique et d'un effet par conséquent certain. À tous ces titres, nulle préparation antimoniale n'est préférable au tartre stibié.

Peut-on arriver aux mêmes effets à l'aide de l'ipécacuanha ? Le professeur Broussonnet (de Montpellier), et plus récemment M. Delieux, disent avoir employé avec avantage dans la pneumonie une infusion d'ipéca (2 à 3 grammes pour 120 à 200 grammes d'eau, à prendre par cuillerée). Ce médicament, donné après l'emploi d'une ou de plusieurs émissions sanguines ou concurremment avec elles, agirait comme l'émétique, c'est-à-dire qu'il ralentirait le pouls, qu'il provoquerait de la moiteur et des sueurs, et favoriserait la résolution des engorgements pulmonaires. C'est à l'expérience de prouver le degré d'utilité de cette pratique ; l'ipéca ne paraît guère être qu'un très-faible adjuvant à employer préférablement dans la forme catarrhale.

Je ne dirai rien de la digitale, de l'acétate de plomb, de la véralrine, de l'acide cyanhydrique ou prussique, de l'eau de laurier-cerise, du nitre et du sous-carbonate de potasse, médicaments très-préconisés surtout en Italie et en Allemagne, comme ayant des propriétés contre-stimulantes. Les faits produits jusqu'à ce jour sont insuffisants pour établir leur valeur. Disons pourtant que les deux premiers ont paru parfois utiles. En France, M. le professeur Hirtz a particulièrement appelé l'attention sur l'emploi de la digitale, et M. le professeur Leudet a prouvé l'avantage de l'acétate de plomb à la dose de 10 à 80 centigrammes.

Les mercuriaux, surtout le calomel à doses fractionnées (30 à 60 centigrammes dans les vingt-quatre heures), seul ou uni à 10 ou 15 centigrammes d'opium, sont-ils réellement avantageux, comme des médecins anglais le pensent ? C'est ce qu'il est impossible d'affirmer d'une manière absolue. C'est une méthode pourtant qu'il ne faut pas dédaigner lorsque les autres moyens ont échoué. J'ai vu, en effet, nombre de fois la résolution s'opérer promptement après l'emploi du calomel pour qu'on soit autorisé à croire que le médicament a réellement agi.

Pendant longtemps j'avais un peu douté de l'efficacité des vésicatoires, qui sont d'un usage si général, si universel dans le traitement de la pneumonie ; d'ailleurs, trois grandes autorités, Rasori, Laënnec et M. Louis avaient émis les mêmes doutes ; ils ont même contesté tout à fait l'utilité des vésicatoires dans le traitement de la pneumonie des adultes ; cependant des faits plus nombreux recueillis dans ces dernières années ne me permettent pas d'adopter cette opinion. Je crois aujourd'hui, avec la généralité des médecins, que les vésicatoires appliqués, non au début, comme quelques-uns le font, mais à une époque plus avancée et après l'emploi des saignées, sont un des moyens adjuvants les plus efficaces que nous possédions. Pour en tirer tout le parti possible, on doit les mettre très-larges. Il n'est pas rare que je recouvre d'un vésicatoire, soit la face antérieure, soit la face postérieure d'un des côtés du thorax ; je renouvelle cette application pour peu que la maladie résiste. Ainsi maniés, les vésicatoires

constituent un puissant moyen de résolution dans la pneumonie, quel que soit d'ailleurs l'âge des malades. Les vésicatoires conviennent, en effet, aussi bien chez les enfants que chez les adultes; chez les premiers je les applique même un peu plus tôt que chez les seconds.

Parmi les complications de la pneumonie que nous avons étudiées précédemment, le délire est à peu près la seule qui exige quelquefois une médication spéciale. Si le trouble des facultés intellectuelles se rattache à une phlegmasie des méninges, ou si, survenu dès le début, il dépend de l'intensité de la fièvre, c'est une raison de plus pour insister sur les antiphlogistiques. Mais si le délire s'accompagne de cette série d'accidents qui caractérisent la forme ataxique, on devra, à l'exemple de Récamier, donner le musc en pilules et mieux encore en potion; les doses de 50 à 75 centigrammes sont généralement insuffisantes; même chez les enfants, le musc pour agir doit être donné à la dose de 2 ou 3 grammes; on obtiendra quelquefois par lui une sédation prompte du système nerveux. Si l'excitation est vive, le délire bruyant, je lui associe parfois un peu d'opium (5 à 10 centigrammes), mais celui-ci est surtout efficace contre le délire ébrié qui vient si souvent compliquer la pneumonie parvenue au huitième ou dixième jour. On donnera en même temps au malade une petite quantité de vin, quel que soit d'ailleurs l'état général. Comme cette forme de délire est née par suite de la suppression brusque des alcooliques chez des sujets qui en font habituellement abus, il est de règle, pour en prévenir l'explosion, de permettre l'usage du vin dès le début de la maladie, et concurremment avec les émissions sanguines dont il faut pourtant être un peu moins prodigue chez les sujets dont je parle.

Ce n'est pas uniquement dans les conditions dont il s'agit ici que l'opium est utile; il l'est, en outre, à toutes les périodes de la maladie, pour diminuer une douleur trop vive ou pour procurer le sommeil. Cependant quelques médecins sont encore assez timorés pour proscrire tout à fait ce remède, craignant, en l'employant, ou d'exciter la fièvre, ou de favoriser la suppuration. Ces appréhensions ne sont nullement fondées.

Il est un autre moyen adjuvant que la plupart redoutent, et qui pourtant peut rendre quelques services: je veux parler du bain tiède, recommandé par Hippocrate dans son *Traité du régime dans les maladies aiguës*. Employé par Chomel, j'ai eu à m'en louer bien souvent et je ne l'ai jamais vu nuisible; il doit être donné dans ces pneumonies stationnaires qui s'accompagnent d'une chaleur vive et sèche de la peau. Un bain tiède pris dans ces conditions assouplit la peau, provoque la sueur, et favorise ainsi le travail de résolution. Pour éviter toute espèce de refroidissement, le bain sera donné à côté même du lit du patient, dans une chambre bien chauffée et à l'abri de tout courant d'air; l'eau sera maintenue à la même température; le malade sera retiré du bain très-promptement, enveloppé aussitôt dans du linge très-chaud, puis couché dans un lit bien bassiné: avec ces précautions, le bain ne présente aucun inconvénient.

La forme que la pneumonie revêt doit modifier le traitement. Dans les pneumonies bilieuses, il y a un élément nouveau qu'il faut combattre par les évacuants; mais tous les moments ne sont pas également opportuns pour obéir à cette indication. Lorsque cet état coexiste avec une vive réaction fébrile, avec un pouls fort, développé, il faut le négliger pour ne s'occuper que de l'élément inflammatoire, et il arrive souvent alors que les antiphlogistiques triomphent à la fois et de la fièvre et de la complication bilieuse. Si, au contraire, l'état bilieux prédomine, si le pouls est faible, mou, il faut commencer par donner un éméto-cathartique. L'emploi des évacuants dans la pneumonie doit être res-

treint aux cas où il y a une indication positive. On ne saurait, par conséquent, en faire une méthode générale.

Le traitement des pneumonies typhoïdes est bien plus difficile, car aucune méthode n'est applicable à tous les cas; il faut même varier la médication suivant la période de la maladie. Ainsi, au début, il y a souvent nécessité de tirer du sang; mais il faut le faire toujours avec prudence; si plus tard la faiblesse est grande, si les fonctions cérébrales sont perverties, il faut oublier la nature inflammatoire de la maladie pour ne s'occuper que de l'indication vitale, c'est-à-dire administrer le quinquina et le vin: c'est, en effet, ce qui a souvent lieu chez les vieillards. Dans les formes intermittentes et rémittentes, on doit donner le sulfate de quinine le plus tôt possible; mais si l'on n'est appelé qu'au moment de l'accès, on devra, s'il y a beaucoup de douleur et d'oppression, recourir préalablement à une émission sanguine. Enfin, le traitement des pneumonies consécutives est l'un des points les plus difficiles de la médecine pratique. En règle générale, il convient de n'employer les débilitants qu'avec la plus grande circonspection, et de choisir ceux qui prosterent le moins et qui soulagent le plus vite: à ce double titre, l'émétique à haute dose sera souvent préféré. Je ne prétends pas dire pourtant qu'il ne faut pas saigner; mais je veux seulement qu'on réserve la saignée pour quelques cas, et qu'on n'en use jamais qu'avec modération. En raison de l'état des forces, les saignées locales, surtout à l'aide des ventouses, seront souvent les seules possibles; mais en pareil cas on trouvera un utile auxiliaire dans les larges vésicatoires, qu'on devra même renouveler une ou plusieurs fois.

Les révulsifs énergiques, tels que sétons, cautères ou moxas, l'emploi à l'intérieur d'agents dits *altérants*, tels que l'iodure de potassium, le calomel à doses fractionnées, le bicarbonate de soude, les eaux naturelles de Vichy, sont les principaux moyens à opposer aux indurations chroniques des poumons.

DE LA PLEURÉSIE

Le mot *pleurésie*, qui a longtemps signifié toute douleur vive siégeant dans un des côtés de la poitrine, est aujourd'hui exclusivement consacré pour désigner l'inflammation de la plèvre.

Divisions. — La pleurésie est distinguée en *aiguë* et en *chronique*. On la divise aussi en *générale* et en *partielle*, suivant que la phlegmasie occupe la plèvre dans toute son étendue, ou suivant qu'elle est limitée à un espace plus ou moins circonscrit. C'est ainsi que la pleurésie est dite *costo-pulmonaire*, *diaphragmatique*, *médiastine*, *interlobaire*, suivant que l'inflammation est bornée à la plèvre qui recouvre les côtes et la face correspondante des poumons, ou à celle qui tapisse le diaphragme, le médiastin ou la scissure interlobaire.

Historique. — La pleurésie est mentionnée depuis un temps immémorial; néanmoins les médecins ont eu pendant longtemps sur elle des idées peu précises. Confondue pendant des siècles avec la pneumonie, décrite comme affection distincte par Boerhaave et par de Haen, confondue de nouveau par Haller, par Tissot, par Cullen et par Portal, elle a été définitivement séparée par Pinel; enfin Laënnec, en apprenant à la reconnaître sur le vivant et à la distinguer de la pneumonie, chose difficile avant lui, a mis fin à toutes les disputes. Cette maladie a été l'objet de quelques travaux de la part de plusieurs de nos contemporains, parmi lesquels je citerai après Laënnec, MM. Cruveilhier (1), Andral (2),

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. PLEURÉSIE.(2) *Clinique médicale*, t. IV.