

monaire. Elle complique presque toujours les *cardiopathies mitrales*, mal compensées.

La stase d'origine cardiaque se traduit d'abord cliniquement par des bronchites à répétition, avec accentuation de la dyspnée d'effort. La toux y est sèche et suffocante, l'expectoration rare ou nulle. Le thorax, souvent un peu dilaté, est plus ou moins mat aux bases et sonore ailleurs. Aux bases également, on constate : la diminution du murmure vésiculaire, puis des râles sous-crépitaux fixes, décroissant de bas en haut. Dans le reste de la poitrine, l'inspiration est rude et l'expiration normale. Les crachats renferment souvent des cellules cardiaques et peuvent, à certains moments, devenir sanglants (sans infarctus).

Œdème subaigu des aortiques. — Attribuables à l'œdème subaigu, les accidents pulmonaires affectent, chez les aortiques, une allure différente, consistant en crises dyspnéiques nocturnes (*pseudo-asthme cardiaque*) quelquefois accompagnées d'expectoration sanglante, et, se traduisant, à l'auscultation, par des foyers disséminés et mobiles, de râles très fins presque crépitants.

Œdème aigu du poumon. — Loin d'être un œdème par stase, l'œdème aigu du poumon résulte d'une hypertension artérielle intra-pulmonaire, brusque et intense, avec vaso-dilatation extrême et diapédèse très marquée des leucocytes. Il constitue une complication du *mal de Bright*, des *aortites* aiguë et chronique et du *rhumatisme articulaire aigu*; il peut encore surgir, quoique plus rarement : au cours de la *grippe*, de la *rougeole*, ou de la *scarlatine*; à la suite de l'*embolie pulmonaire*, surtout des *embolies graisseuses*; chez les *ivrognes* soumis à un refroidissement prolongé (mort subite); et, à la suite des intoxications par le *venin de serpent*, l'*iodure de potassium* ou l'*iodoforme*. L'œdème aigu consécutif à la *thoracentèse* est un des plus connus.

Huchard distingue trois formes d'œdème aigu du poumon : l'*œdème suraigu* et l'*œdème aigu*, tous deux avec expectoration; l'*œdème bronchoplégique*, sans expectoration.

Œdème suraigu foudroyant. — Cet œdème peut tuer par asphyxie en une demi-heure; les sujets ayant succombé ainsi ont la bouche et les narines encombrées d'une mousse abondante qui fait issue au dehors.

Œdème aigu. — Le sujet est pris soudain d'une dyspnée extrême et d'un très vif chatouillement glottique provoquant une toux quinteuse incessante qui aboutit à une expectoration albumineuse, mousseuse, souvent saumonnée, très abondante, pouvant atteindre 2 litres. Avec les progrès de la dyspnée angoissante, le malade, terrifié, devient pâle et anxieux. À l'auscultation, une *pluie de râles crépitants*, serrés, très fins, gagne peu à peu les deux poumons, de la base au sommet. La *sonorité* à la percussion est plutôt *accrue* (emphysème aigu). L'*hypothermie* est plus habituelle que la fièvre. La face, les lèvres, les extrémités se refroidissent, tantôt cyanosées, tantôt d'une pâleur livide. Puis, après un râle trachéal spécial, sorte de bouillonnement bron-

chique, le malade succombe à l'asphyxie. Un traitement convenable peut pourtant conjurer la crise qui cède après 1 à 4 jours: mais les récidives restent possibles.

Les accidents passent par deux phases; d'abord dyspnée avec expectoration abondante et hypertension artérielle intacte; ensuite asystolie aiguë, sans expectoration (*état bronchoplégique*), et avec *hypotension artérielle* extrême.

Œdème bronchoplégique d'emblée. — Chez certains malades, les bronches étant incapables d'expulser le liquide, l'asystolie sans expectoration et avec hypotension artérielle peut éclater d'emblée.

Œdème aigu brightique. — Bien plus commun en cas de sclérose rénale, il peut surgir isolément sans prodromes, ou précédé seulement de quelques signes de petit brightisme.

Œdème aigu consécutif à la thoracentèse. — Pendant l'aspiration ou aussitôt après, survient une toux quinteuse accompagnée d'oppression et d'une expectoration liquide spumeuse très abondante (jusqu'à 2 litres) qui, après repos, présente une couche supérieure, mousseuse, jaunâtre, et une inférieure plus dense, albumineuse. On entend, à l'auscultation, des râles fins. Les accidents, tantôt cèdent très rapidement, tantôt durent quelques heures (24 heures), tantôt et plus rarement entraînent une asphyxie mortelle en quelques minutes ou un quart d'heure, souvent favorisée par d'anciennes lésions pleuro-pulmonaires ou cardiaques.

Diagnostic. — Peuvent prêter à confusion avec l'œdème aigu du poumon : l'*embolie pulmonaire* (pas d'expectoration, signes d'auscultation plus vagues); l'*asthme* (respiration plutôt ralentie; râles sibilants et ronflants; expectoration à la fin de la crise); les *dyspnées urémiques* (pas de signes d'auscultation); la *phthisie aiguë* à forme suffocante (évolution différente, silence respiratoire, pas d'expectoration spéciale). La forme foudroyante avec asphyxie blanche peut faire songer à une syncope ou à une crise d'angine de poitrine; mais il n'y a ni modification des battements du cœur, ni phénomènes douloureux.

11. — PNEUMONIE LOBAIRE AIGUË

Forme régulière. — **Signes fonctionnels.** — Le début est brutal, marqué par un grand frisson unique qui peut durer une heure et demie à deux heures, suivi d'élévation thermique rapide correspondant peut-être à la diffusion des pneumocoques dans le sang⁽¹⁾. Le malade, sans nul appétit, se plaint de *mal de tête* et d'un violent *point de côté* au niveau du mamelon, parfois plus bas et plus en dehors, contribuant à accentuer la *dyspnée* qui est très vive (30 à 40 respirations par minute; 70 à 80 chez l'enfant). La douleur de côté s'apaise en général le 2^e ou 3^e jour.

Rapidement se montre une *toux* quinteuse, d'abord sèche, pénible, fati-

(1) DEBOVE, *Tribune médicale*, 5 décembre 1905.

gante, donnant lieu dès le 2^e jour au rejet de *crachats* visqueux, aérés, rouillés, rouge brique, couleur sucre d'orge ou marmelade d'abricots, intimement adhérents au crachoir. Le microscope y distingue de petits moules fibrineux des alvéoles et des bronchioles.

Le pneumonique présente : un teint vultueux ; des *pommettes rouges*, l'une quelquefois plus que l'autre, du côté de la lésion généralement ; des yeux souvent injectés, des lèvres un peu cyanosées et souvent parsemées de quelques *vésicules d'herpès* (près de la commissure) ; la dyspnée rend sa parole hale-tante.

La *connaissance* reste entière, sauf la nuit où se montre d'habitude un léger délire. La *température* se maintient aux environs de 40°, pouvant subir du 5^e au 5^e jour, une rémission passagère de 1 degré, pour revenir brusquement à la normale (*crise*) du 7^e au 9^e jour. Le *pouls*, dur, serré, au début, large et souvent dicrote à la phase d'état, bat 100 à 120, parfois faible et inégal au moment de la crise.

Le *sang* (obtenu par piqûre du doigt, ventouse scarifiée ou saignée) est riche en fibrine et en leucocytes polynucléaires ; il présente les caractères du sang dit *phlegmasique* (voy. *Sang*) et renferme souvent des pneumocoques.

La *langue* est blanche ou jaunâtre, parfois sèche et rôtie ; l'appétit est nul, la soif vive, la constipation habituelle ; la *rate* est un peu tuméfiée ; le *foie*, débordant légèrement les fausses côtes, est sensible à la pression.

Les *urines*, rares, hautes en couleur, très sédimenteuses, pauvres en chlorures et parfois en urée, sont chargées d'urates, de matières extractives, et, renferment presque toujours un peu d'albumine.

Signes physiques. — A l'*inspection*, la respiration paraît fréquente et superficielle.

A la *percussion*, on note : d'abord du tympanisme ou de la submatité ; plus tard de la matité franche au niveau du foyer hépatisé ; souvent en même temps, du *skodisme* sous-claviculaire.

L'*auscultation* révèle des modifications variables du bruit respiratoire : respiration puérile d'abord, puis, peu après, *râles crépitants*, par bouffées de bulles très fines, nombreuses et sèches, éclatant dans la seconde moitié de l'inspiration, avec un bruit comparé à celui du froissement des cheveux entre les doigts. Souvent d'abord perceptibles en des points très limités, dans les grandes inspirations, après la toux, ils doivent être recherchés avec soin dans toutes les régions du thorax, sans oublier le creux de l'aisselle.

Quand l'hépatisation est constituée, on entend, à l'inspiration seulement d'abord, puis aux deux temps, un *souffle* bronchique *tubaire*, assez doux en premier lieu, bientôt rude, à timbre métallique, entouré d'une zone de râles crépitants. Au même point, la voix arrive à l'oreille éclatante mais mal articulée (*bronchophonie*) et les vibrations thoraciques, à la main, sont exagérées.

Évolution générale. — La marche est régulièrement cyclique. A dater du frisson, l'hyperthermie (40°), les troubles généraux et locaux persistent jusqu'à la défervescence qui survient brusquement du 7^e au 9^e jour, quel-

quelques fois annoncée : par une certaine exaspération, de l'anxiété et de la dyspnée ; par de la cyanose, des sueurs, un pouls inégal et accéléré. Habituellement, la température redevient normale (37°) en 24 heures ; parfois en 48 heures seulement. La *crise* se traduit, sur les divers émonctoires, par une débâcle de toxines : sueurs profuses ; urines abondantes (2 à 3 litres), denses, très acides, non albumineuses, riches en chlorures et en urée. En même temps, les signes physiques changent, le souffle, moins rude, est mêlé à des râles bulleux humides, perceptibles aux deux temps de la respiration (*râles crépitants de retour*), la matité disparaît, l'expectoration devient blanche, muqueuse.

Il est des cas où la résolution traîne des semaines, avec persistance de la toux, de l'expectoration et des signes physiques. D'autres se terminent par la mort ; alors, la défervescence tarde ou est incomplète et fugace, l'état général s'aggrave, l'expectoration plus abondante, moins visqueuse, prend la teinte *jus de pruneau*, le thorax se remplit de gros râles humides, les traits s'altèrent, la langue se sèche, le ventre se ballonne, une diarrhée fétide apparaît, le pouls devient incomptable, les extrémités se refroidissent, et, la mort survient dans le collapsus. Ailleurs, elle résulte, de l'hyposystolie ou d'une complication. La terminaison par abcès du poumon est rare. Les *rechutes*, peu communes, sont en général peu graves. Les *récidives*, par contre, sont fréquentes, souvent multiples, survenant à divers intervalles, susceptibles d'aboutir à la pneumonie chronique.

Complications. — Les origines en sont variées : localisations éloignées du pneumocoque, déterminations infectieuses secondaires, accidents d'origine toxémique. Les aptitudes diathésiques antérieures décident souvent des appareils atteints.

Appareil respiratoire. — La *bronchite*, la *laryngite* peuvent accompagner ou précéder la pneumonie.

L'*abcès du poumon* est une terminaison rare ; il peut se traduire, au cours de la convalescence, par une crise hyperthermique inopinée, suivie de vomique, d'abord massive, puis parcellaire ; quelquefois compliquée de *gangrène*, ou, aboutissant au marasme par suppuration prolongée.

La *gangrène pulmonaire* complique très rarement la pneumonie vraie qu'il faut se garder de confondre avec la gangrène pulmonaire à forme pneumonique.

La *pneumonie chronique* ou sclérose lobaire, alvéolaire, du poumon, sans ectasie bronchique (très rare), se traduit cliniquement par la persistance de signes d'induration lobaire auxquels s'ajoutent quelquefois des signes cavitaires. La toux et l'expectoration incessantes, la fièvre hectique ruinent peu à peu la santé générale.

La *pleurésie fibrineuse adhésive*, très commune, n'a pas d'histoire clinique. La *pleurésie avec épanchement* n'est pas rare ; tantôt contemporaine de la pneumonie (*pleuro-pneumonie*), tantôt consécutive, après plusieurs semaines (*pleurésie méta-pneumonique*). Généralement purulent, le liquide, bien lié, purée de pois, très riche en fibrine, enkysté ou interlobaire, est

souvent évacué par vomique; la guérison succède fréquemment à cette vomique ou à la ponction simple, et la pleurotomie ne s'impose pas toujours.

Appareil circulatoire. — La *péricardite* pneumonique, généralement latente, sèche, séro-fibrineuse ou fibrino-purulente, existe dans 8 pour 100 des cas.

L'*endocardite*, comme l'ont prouvé l'examen direct et l'expérimentation, traduit la localisation du pneumocoque sur l'endocarde, surtout valvulaire, spécialement sur les sigmoïdes aortiques. Elle éclate de la 2^e à la 7^e semaine, annoncée par une ascension thermique, et ses signes physiques habituels (claquements assourdis, souffles). Les *embolies* sont rares. La *méningite suppurée* coïncide souvent avec l'endocardite. Une lésion valvulaire consécutive est possible. Des agents d'infection secondaire (streptocoques) sont quelquefois aussi en cause dans l'endocardite pneumonique.

L'*asthénie cardiaque*, commune dans la pneumonie, contribue souvent à hâter la mort. Elle tient soit à une cardiosclérose pré-existante, soit à la stéatose aiguë du myocarde, d'origine toxémique. Les vieillards, les surmenés, les débilités y sont prédisposés. La défaillance du cœur est dénoncée par les progrès de la dyspnée, des palpitations, un pouls irrégulier, inégal, intermittent; elle s'accuse par l'abaissement plus ou moins marqué de la tension artérielle, par l'assourdissement des bruits du cœur, rapides et arythmiques, par la cyanose des lèvres, du nez et des oreilles.

On peut encore observer des phénomènes, soit d'*asystolie aiguë*, turgescence des veines du cou, œdème des parties déclives; soit de *collapsus*, hypothermie, sueurs froides, yeux ternes, pouls filiforme et mort douce. Donnée à temps, la digitale conjure souvent ces accidents.

La *phlébite*, due à l'infection veineuse par le pneumocoque, peut s'observer à la suite de la pneumonie.

Système nerveux. — Le délire est, en certains cas, violent, surtout chez les buveurs.

Les *paralysies pneumoniques*, souvent hémiplegiques, compliquent soit la période d'état, soit la convalescence.

Les *paralysies de la période d'état* éclatent le 4^e ou 5^e jour, plus fréquentes et plus graves chez les vieillards, grâce à l'athérome et à l'ischémie cérébrales (Boullouche); elles traduisent parfois une hémorragie, un ramollissement ou une plaque de méningite. Plus curables chez l'adulte, elles ressortissent souvent au méningisme ou à l'hystérie.

Les *paralysies de la convalescence*, à début insidieux, guérissent progressivement. Consistant d'habitude en parésie des membres inférieurs, sans grands troubles sensitifs, sans troubles sphinctériens, avec amyotrophies légères et abolition des réflexes, elles sont probablement d'origine névritique. La *paralysie ascendante aiguë de Landry* a été également observée, à la suite de la pneumonie.

La *méningite pneumonique*, souvent latente, quelquefois précoce, se traduit autrement par des signes variables: douleurs de tête et de la nuque; délire actif, suivi de torpeur et de coma (*méningite de la convexité*); convul-

sions dans les membres; paralysie des sphincters. Les contractures des muscles de la nuque et du dos indiquent la participation des *méninges spinales*. Il est aussi des cas de *méningite de la base*, qui, n'étant l'hyperthermie, simuleraient la méningite tuberculeuse. D'autres se traduisent par un ictus apoplectique avec hémiplegie. Quoique la mort soit habituelle, la guérison est possible.

Les névropathes ou les enfants sont sujets à des phénomènes de simple irritation méningée qui cèdent brusquement et caractérisent surtout la *pneumonie dite cérébrale* de l'enfance.

Les convalescents de pneumonie, particulièrement les prédisposés, peuvent présenter des accidents maniaques d'une durée de 6 à 8 semaines. Des convulsions chez l'enfant, des crises épileptiformes chez l'adulte ont pu être occasionnées par la pneumonie.

La *sclérose en plaques* peut également être la conséquence éloignée d'une pneumonie infectante.

Organes des sens. — Le *zona ophtalmique* complique rarement la pneumonie. L'*otite moyenne* à pneumocoques est moins rare, surtout chez les enfants; la perforation du tympan, la suppuration mastoïdienne, la méningite en sont des conséquences possibles.

Tube digestif. — L'*angine à pneumocoques*, catarrhale ou pseudo-membraneuse, quelquefois précoce, est à signaler. La *parotidite*, par infection salivaire ascendante, éclate au déclin de la pneumonie.

L'*ictère* assez fréquent, pâle ou foncé, avec urines pigmentées, selles décolorées ou surcolorées, apparaît du 2^e au 6^e jour, tantôt *benin*, tantôt *grave*, compliqué alors de diarrhée, de vomissements, de délire, d'hémorragies, avec langue sèche, état typhoïde et pouvant aboutir à la mort dans le collapsus hypothermique. L'ictère traduirait soit l'action de la toxine pneumonique sur la cellule hépatique, soit plus souvent une angiocholite ascendante par colibacille.

La *péritonite à pneumocoques* est souvent latente au cours de la pneumonie; elle est bien reconnaissable pendant la convalescence; sa guérison est possible grâce à une intervention convenable, surtout chez l'enfant.

Voies urinaires. — L'*albuminurie* transitoire, constante, est sans gravité. La *néphrite aiguë pneumonique* peut guérir, mais si elle frappe un rein déjà malade, il en résulte des hématuries et des accidents urémiques susceptibles d'entraîner la mort (Caussade).

Appareil locomoteur. — Rare, mono- ou poly-articulaire, l'*arthrite pneumonique* peut surgir à toute période de la pneumonie, frappant, avec prédilection, l'épaule. L'*arthralgie*, l'*arthrite séro-fibrineuse*, l'*arthrite purulente* en sont les formes possibles. Le pus articulaire renferme, quand il n'est pas stérile, soit du pneumocoque (pus crémeux), soit, plus rarement, du streptocoque.

On a noté des *abcès sous-cutanés* à pneumocoques, consécutifs à la pneumonie; la thyroïdite, la mammite suppurées sont plus rares.

La pneumonie a pu aussi aboutir à une *septicémie purulente* ou *gangreneuse* par infection secondaire.

Formes cliniques. — Variétés selon le siège. — La *pneumonie centrale*, à défaut de signes physiques locaux, est soupçonnée grâce aux signes fonctionnels, à l'expectoration et à l'herpès.

La *pneumonie du sommet*, plus fréquente chez les enfants, les vieillards, les surmenés, les alcooliques, est souvent, de ce fait, plus grave. Les signes physiques en sont moins nets, la dyspnée est intense, l'expectoration rare. Chez l'enfant, la fréquence du méningisme et des convulsions en assombrissent peu le pronostic. Chez le vieillard, la réaction manque, l'apoplexie, l'hémiplégie ne sont pas rares, le pronostic est grave. À l'âge adulte, on observe souvent des phénomènes ataxo-adiynamiques, la distinction avec la tuberculose peut être délicate.

La *pneumonie* est dite *migratrice* quand elle procède par foyers successifs dont chacun apparaît avant la résolution du précédent.

La *pneumonie double* (6 pour 100 des cas) ne l'est jamais d'emblée, le second poumon est envahi insidieusement vers le 8^e jour; les râles de déplissement pulmonaire constatés quelquefois du côté sain et le souffle tubaire transmis ne devront pas faire croire à tort à cette invasion. La *pneumonie double*, quoique extrêmement grave, peut guérir.

La *pneumonie* est dite *massive*, quand l'exsudat fibrineux comble les canaux bronchiques. La dyspnée, dans ces cas, est suffocante, l'expectoration nulle. Les signes d'auscultation habituels font place à un silence respiratoire absolu, avec abolition des vibrations thoraciques, donnant l'impression d'une pleurésie à grand épanchement.

Formes selon l'âge. — La *pneumonie des enfants* offre quelques particularités. Exceptionnelle avant 2 ans, elle ne devient fréquente qu'à partir de 5 ans. Avant 7 ou 8 ans, le frisson fait souvent défaut, les *vomissements* sont presque constants au début; le point de côté est plutôt sous-costal ou abdominal que thoracique; les signes physiques, très tardifs (parfois du 4^e au 7^e jour), apparaissent d'abord entre le rachis et le bord spinal de l'omoplate ou au sommet de l'aisselle. Avant 9 ou 10 ans, l'expectoration fait défaut, la *diarrhée*, fréquente avant 6 ans, mais d'habitude légère, peut faire penser à la fièvre typhoïde. Un *érythème pneumonique* simule quelquefois la scarlatine, il siège sur le tronc, le cou, et la racine des membres, dure au plus 48 heures et se termine par desquamation. L'otite et la péritonite à pneumocoque sont plus fréquentes que chez l'adulte. Mais la *pneumonie infantile* doit son principal cachet aux *accidents nerveux*; de 15 à 30 mois, ce sont surtout des *convulsions (forme éclamptique)*, tantôt partielles (globes oculaires, membres supérieurs) et très répétées, tantôt généralisées, éclatant dès le début ou du 4^e au 6^e jour, aboutissant quelquefois, mais rarement, au coma et à la mort. De 2 à 6 ans, on observe plutôt la *forme comateuse*: l'assoupissement, la *céphalée*, les *vomissements*, la *constipation* font en ce cas songer à la méningite; ces symptômes peuvent persister jusqu'à la défervescence, associés d'habitude à la *raideur de la nuque* et au *signe de Kernig*. Le *délire* (cris, paroles inintelligibles, efforts pour se lever) ne s'observe guère avant 6 ans. Ces *pneumonies dites cérébrales*, plus longues et graves que les

autres, peuvent cependant guérir. Elles prêtent souvent à confusion avec la méningite ou les lésions cérébrales en foyer. La distinction avec la méningite à pneumocoque est facilitée par la *ponction lombaire* (liquide louche en cas de méningite).

La *pneumonie des vieillards* est le plus souvent latente ou larvée. Après quelques jours de malaise et d'inappétence, le malade tombe dans le collapsus et meurt. La *sécheresse de la langue* et l'*élévation thermique* (40°), constatable seulement dans le rectum, sont souvent les seuls indices révélateurs, car les signes d'auscultation sont généralement fugaces et mal dessinés. A cet âge, la *pneumonie* occasionne souvent soit dès le début, soit plus tardivement, l'*ictus apoplectique*, accompagné ou non d'hémiplégie, aboutissant habituellement au coma mortel (*pneumonie apoplectique*).

Formes selon la virulence du pneumocoque. — La *pneumonie abortive* débute comme la forme classique, mais tourne court après 5 ou 4 jours; souvent accompagnée d'herpès, elle frappe surtout les âges extrêmes.

La *pneumonie à reprises* évoluant en plusieurs poussées séparées par des rémissions incomplètes, la *pneumonie à rechutes* qui se définit d'elle-même, représentent des modalités spéciales du pneumocoque.

La *pneumonie bilieuse* qui n'est pas la *pneumonie* avec ictère, est caractérisée par un état gastrique très marqué; son début sans brusquerie fait plutôt songer à un embarras gastrique.

La *pneumonie typhoïde, ataxo-adiynamique, maligne* ou *infectante*, exprime le plus haut degré de virulence du pneumocoque. Parfois épidémique, elle atteint surtout les miséreux, les débilités, les surmenés. La gravité de l'état général domine rapidement la situation; l'abattement, la stupeur, la carphologie, la sécheresse de la langue, l'hyperthermie, le délire nocturne, la dyspnée, un pouls rapide et irrégulier, la diarrhée fétide avec selles involontaires en forment les traits principaux. Le délire actif s'observe, les malades succombent habituellement dans l'hypothermie ou le collapsus.

Pneumonie des alcooliques. — La *pneumonie des buveurs* est souvent masquée par un violent délire d'action: loquacité, agitation extrême régie par des hallucinations terrifiantes, face congestionnée, langue sèche et rôtie, parfois subictère, tels en sont les signes essentiels. L'hyperthermie est vive, la dyspnée, la toux, l'expectoration peuvent manquer. Au bout de 4 à 5 jours, le pouls devient irrégulier et inégal et le sujet tombe dans une torpeur qui annonce l'approche du coma terminal. D'autres malades, sans délire, sont rapidement abattus et succombent au collapsus. La *pneumonie alcoolique* siège souvent au sommet.

Pneumonies secondaires. — Assez commune chez les *diabétiques*, la *pneumonie*, quelquefois régulière, y est plus souvent mortelle en 24 ou 48 heures (*pneumonie foudroyante* de Bouchardat).

La *pneumonie des brightiques* est le plus souvent latente et fatale, terminée par suppuration ou gangrène.

Chez les sujets atteints d'*affections hépatiques*, la *pneumonie* peut être régulière; elle est plus souvent lente à se résoudre; en cas de *cirrhose atro-*

phique, elle peut occasionner des accidents ataxo-adiynamiques rapidement mortels.

Chez les *goutteux*, la pneumonie tantôt réveille un accès de goutte, tantôt s'y substitue.

Chez les *cachectiques* : cancéreux, paralytiques généraux, aliénés, la pneumonie, à marche rapide, presque toujours terminale, évolue à bas bruit, sans fièvre, ni expectoration, ni point de côté.

Chez les *cardiaques*, la pneumonie peut être régulière, elle est plus habituellement le signal de l'asystolie; quand la fièvre est modérée et les crachats sanglants, la distinction avec un infarctus est difficile.

Associée à la *fièvre typhoïde*, la pneumonie, tantôt est initiale, ne laissant les signes typhoïdes se démasquer que du septième au neuvième jour (*pneumotypus*), tantôt éclate à la fin de la première semaine ou au début de la seconde, sa défervescence laissant le sujet en convalescence. Elle peut encore surgir soit à la phase d'état, soit durant la convalescence et entraîner des accidents ataxo-adiynamiques mortels.

La *pneumonie grippale* éclate après quelques signes de grippe : céphalalgie, bronchite, état gastrique; son début est insidieux, sa marche irrégulière, l'*asthénie* et les *signes de défaillance cardiaque* (pouls inégal, irrégulier) y sont très marqués. La convalescence est très lente. En temps de grippe, les pneumonies primitives sont plus communes et plus graves.

L'*érysipèle* peut se compliquer de pneumonie, généralement grave, et cause fréquente de mort chez les jeunes sujets.

Le *rhumatisme articulaire aigu* se complique rarement de pneumonie vraie; celle-ci peut coïncider avec la disparition des accidents articulaires; on ne la confondra pas avec les congestions pulmonaires d'origine rhumatismale.

Les *tuberculeux* n'ont pas d'immunité à l'égard de la pneumonie lobaire; elle reste régulière au début de la tuberculose dont elle influence peu les lésions; à une phase plus avancée, elle peut hâter l'asphyxie mortelle.

Les *paludéens* peuvent faire des pneumonies vraies, quoique rémittentes, qu'il importe de distinguer des *accès perniciox pneumoniques* relevant directement du paludisme et présentant des rémissions plus franches.

La *pleuro-pneumonie* est un type assez commun. Elle occupe habituellement la base, mais l'épanchement peut occuper seul ce siège, alors que la pneumonie est au sommet. Quand les lésions sont superposées, la matité est plus franche, les vibrations sont diminuées; le souffle, les râles crépitants sont assourdis; l'oreille les retrouve quelquefois plus haut, dans leur pureté. Le liquide peut être abondant malgré une hépatisation limitée (*pneumo-pleurésie*). La défervescence et la guérison sont retardées. Le liquide, tantôt séro-fibrineux, se résorbe ou nécessite une ponction; tantôt purulent, d'emblée ou secondairement, est rejeté par vomique ou doit être évacué soit par aspiration, soit par empyème. Le pus offre les caractères du pus à pneumocoques.

Pneumonie avec bronchite. — On constate, dans ces cas, les signes d'un foyer de pneumonie, au milieu de râles sibilants et ronflants; les crachats sont abondants, muqueux ou muco-purulents, mêlés à des parcelles visqueuses et rouillées.

Diagnostic. — Le diagnostic repose sur l'ensemble des signes déjà indiqués. Plusieurs confusions possibles sont à éviter. En cas de *pleurésie*, la fièvre est moins élevée, le début moins brusque, les vibrations thoraciques sont abolies, le souffle est lointain, expiratoire, les organes sont souvent déplacés, l'expectoration fait défaut. S'il y a *pleuro-pneumonie*, l'épanchement assourdit les râles, le souffle (*souffle bronchique*) et la bronchophonie (*broncho-égophonie*).

La *congestion hypostatique* des cardiaques, des typhiques, occupant les deux bases, se traduit par un souffle moins rude, des râles *sous-crépitaux*, sans les signes généraux de la pneumonie.

L'*infarctus pulmonaire*, au cours de l'asystolie, donne les signes physiques d'un noyau pneumonique, mais les crachats sont sanglants, hémoptoïques et la fièvre fait défaut.

La recherche méthodique et patiente des signes physiques fera, seule, dépister la pneumonie : chez certains enfants, derrière un syndrome méningitique; chez un vieillard, derrière un malaise vague, ou des accidents apoplectiformes; chez les diabétiques, les brightiques, les cachectiques. Dans l'enfance, on évitera la confusion avec la *broncho-pneumonie* surtout à forme *pseudo-lobaire*, toujours greffée sur une bronchite généralisée; à début moins brusque, bien plus dyspnéique; procédant par poussées congestives à foyers mobiles, séparées par des phases de rémission relative.

La pneumonie sera recherchée systématiquement derrière toute attaque de *delirium tremens*.

La *tuberculose à forme pneumonique* offre de nombreuses analogies avec la pneumonie franche; mais le début est plus insidieux, la fièvre plus irrégulière, le murmure vésiculaire souvent aboli, les crachats sont plutôt muco-purulents, la résolution tarde à se faire, tandis que l'état général s'altère. On recherchera les bacilles dans l'expectoration.

L'*examen direct des crachats sur lamelles* est toujours instructif. La présence du pneumocoque n'est significative que lorsqu'il y pullule; mais le microscope fait constater en outre, le cas échéant, les *associations microbiennes* (streptocoque, pneumo-bacille de Friedländer, bacille de Koch). La *peste*, à forme pneumonique, n'est reconnue que par la bactérioscopie des crachats qui y décèle la présence du bacille de Yersin. En outre, quand le pneumocoque de l'expectoration est virulent, il tue la souris inoculée en moins de trente-six heures et se retrouve dans le sang et les viscères.

Le *séro-diagnostic* de la pneumonie n'a pas encore acquis la valeur d'une méthode pratique.

III. — SCLÉROSE PULMONAIRE

Divisions. — Un grand nombre d'affections chroniques du poumon ou de la plèvre ne guérissent anatomiquement qu'au prix de la transformation fibreuse d'une plus ou moins grande étendue du parenchyme pulmonaire. La topographie de cette sclérose est subordonnée à celle des lésions irritatives