pas admettre que l'épidémie n'ait été pour quelque chose dans la production de ces fausses membranes.

Traitement. Il y a peu de chose à faire contre cette maladie. Dans les épidémies de grippe que nous avons été à même d'observer, il a suffi chez la plupart des malades de prescrire des boissons pectorales et sudorifiques chaudes, telles que les infusions de mauve et de bourrache, de mauve et de coquelicot, de fleurs de sureau, etc., sucrées avec les sirops de gomme ou de guimauve, ou de capillaire, des loochs blancs auxquels on ajoutait une très faible quantité de sirop diacode (huit grammes par looch), le séjour à la chambre et au lit, la diète, et de provoquer ou d'entretenir la sueur, pour voir cesser promptement la plupart des accidents. Cependant, ayant eu occasion de faire appliquer des sangsues à l'anus chez quelques malades pléthoriques ou hémorrhoïdaires, nous en avons retiré de si bons effets, que bientôt nous avons généralisé cette pratique, et nous avons vu qu'après une seule application de sangsues, le mal de tête si remarquablement violent qui accompagne la grippe, les douleurs contusives des membres, et la douleur quelquefois déchirante de la poitrine, étaient considérablement diminués, la sueur s'établissait facile et abondante, l'expectoration devenait aussi plus facile et moins pénible, et que la durée de la maladie était abrégée. Nous n'avons jamais eu recours à la saignée, dont quelques médecins disent avoir retiré de bons effets, mais que tous s'accordent à regarder comme peu nécessaire dans la grippe, et conseillent de réserver pour les cas particuliers de pléthore, d'imminence, de suffocation et de complication de pneumonite.

L'emploi de quelques purgatifs doux, tels que la manne, l'huile de ricin, l'eau de Sedlitz, nous a toujours paru fort utile vers la fin de la maladie, quand les sueurs avaient à peu près disparu. Cela n'étonnera pas si l'on réfléchit que la grippe avait de la tendance à se terminer par de la diarrhée chez beaucoup de malades, et que d'ailleurs ces moyens sont avantageux dans la plupart des bronchites ordinaires.

Enfin, chez quelques malades la toux persévère avec une telle opiniâtreté que l'on est obligé d'avoir recours au vésicatoire, au lait d'ânesse, aux eaux sulfureuses, en un mot, à tous les moyens

que nous avons indiqués comme convenables dans la bronchite chronique.

De la pneumonite.

La pneumonite est l'inflammation du tissu pulmonaire, c'est-à-dire l'inflammation comprenant tout à la fois les ramifications bronchiques, les vaisseaux sanguins qui s'entrelacent avec elles, et le tissu cellulaire qui sert de lien à ces parties, et dont elle occupe une plus ou moins grande étendue. Nous la rangeons parmi les inflammations des membranes muqueuses, parce que c'est presque toujours par la membrane muqueuse pulmonaire qu'elle commence et qu'elle se communique aux parties environnantes. L'expectoration sanguinolente et le râle crépitant, qui en sont les symptômes les plus constants, prouvent que tel est en effet son siége principal. M. Andral pense même qu'elle a son siége exclusif sur cette membrane; il a cherché à démontrer qu'elle occupe spécialement les vésicules pulmonaires, et a su réunir avec le talent qu'on lui connaît les considérations les plus solides en faveur de cette opinion (1).

Elle est aiguë ou chronique, continue ou intermittente, ou tout au moins rémittente, et sous ces diverses formes, elle a reçu les noms de *pneumonie*, *péripneumonie*, *pneumo-pneumonie*, *fièvre péripneumonique*, etc.

Pneumonite aigue.

L'inflammation aiguë du poumon est une des maladies les plus anciennement connues, celle sur la nature de laquelle les opinions des médecins ont le moins varié, et qu'ils ont souvent prise pour type des inflammations.

Causes. Les plus ordinaires et les plus puissantes sont : le refroidissement subit de la peau lorsqu'elle est échauffée et couverte de sueur, l'exposition à un courant d'air, le refroidissement partiel de la poitrine pendant le sommeil et surtout dans l'état de convalescence, l'ingestion d'un liquide glacé ou trop frais pendant la sueur, l'immersion dans l'eau à une température basse,

(1) *Clinique médicale*, ou *Choix d'observations recueillies à la clinique de M. Lherminier*, publiée par M. Andral, t. II, p. 312 et suiv.

le passage rapide d'un lieu échauffé dans un lieu humide et frais, l'inspiration d'un gaz irritant, les coups et les chutes sur la poitrine et les plaies pénétrantes de cette cavité. Viennent ensuite les courses forcées, les efforts violents, les cris, l'équitation rapide contre le vent, la suppression d'une hémorrhagie ou d'une saignée habituelle, la disparition subite d'une phlegmasie extérieure, les grandes brûlures de la peau, les amputations des gros membres. Nous avons observé plusieurs pneumonites qui nous ont paru bien évidemment s'être développées sous l'influence d'un violent et subit chagrin. Cette cause avait-elle agi seule? Nous avons vainement cherché à en découvrir une autre. Comment agit-elle? Nous l'ignorons. Le fait ne nous en paraît pas moins incontestable. Nous ferons remarquer à ce sujet que les affections morales tristes peuvent faire naître l'inflammation dans tous les organes, et que ces inflammations sont en général très graves. Enfin, il arrive assez souvent que les causes de la pneumonite nous demeurent cachées; nous l'avons vue deux fois surprendre les malades au coin de leur feu, sans qu'il nous ait été possible de lui assigner une cause.

La pneumonite affecte tous les âges, tous les tempéraments; elle frappe hommes et femmes, quelles que soient leurs conditions sociales, leurs professions, le climat qu'ils habitent, et dans toutes les saisons. Mais elle se montre plus ou moins fréquente, suivant ces conditions d'âge, de constitution, de tempérament, de sexe, de profession, etc. Nous empruntons les résultats que fournit à cet égard la statistique, à l'ouvrage de M. Grisolle (1).

Il résulte des recherches de ce médecin dans les hôpitaux de Paris, que la pneumonite est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, sur les constitutions robustes que sur les faibles, dans les tempéraments sanguins que dans les autres. Il en résulte que ses rapports de fréquence avec l'âge sont les suivants : plus commune de 20 à 30 ans, puis de 30 à 40, de 40 à 50, de 50 à 60 et de 14 à 20, et enfin de 60 à 70. Chez les très jeunes enfants, elle est très commune encore, plus peut-être qu'aux autres époques de la vie; mais elle s'y montre presque tou-

(1) *Traité pratique de la pneumonie aux différents âges, et dans ses rapports avec les autres maladies aiguës et chroniques*, par A. Grisolle, D. M. P., etc. Paris, 1841, in 8°.

jours secondaire, consécutive à d'autres maladies, et rarement primitive. Il en résulte encore que les professions qui exposent aux vicissitudes atmosphériques, telles que celles de maçon, de charpentier, de cocher, etc., ou qui obligent à passer fréquemment d'une température élevée à une température froide, comme celle de boulanger, de cuisinier, de forgeron, de fondeur, etc.; que la condition pauvre qui livre les hommes sans vêtements suffisants et sans puissance de réaction à toute l'action des intempéries des saisons; que la circonstance d'avoir été atteint déjà une ou plusieurs fois de pneumonite, prédisposent d'une manière toute particulière à la contracter. Il en résulte qu'elle est plus fréquente au printemps, vers la fin de l'hiver, et pendant le cours de cette saison, pendant le règne des vents du nord et de ceux du nord-est, que dans les autres saisons et dans d'autres conditions atmosphériques, et que, par exemple, on observe le plus grand nombre de pneumonites, toujours dans Paris, en avril, puis en en mars, puis en février, en mai, en décembre, en novembre et en janvier, et le plus petit nombre en juillet, juin, septembre, août et octobre. Enfin, il résulte de ses observations propres, rapprochées d'observations recueillies dans des lieux et des climats différents, qu'elle paraît être plus commune dans les pays froids et humides.

L'observation et l'expérience avaient déjà conduit à tous ces résultats que la statistique est venue confirmer, en leur donnant peut-être un peu plus de précision.

Symptômes, marche, durée, terminaisons et pronostic. Le mode d'invasion de la pneumonite est assez variable. Quelquefois elle succède à une bronchite dans laquelle l'inflammation de la membrane muqueuse pulmonaire s'est propagée jusqu'aux vésicules et peut-être au tissu intervésiculaire, et l'on voit alors les symptômes de celle-ci s'accroître graduellement ou tout-à-coup et ceux de la première apparaître. D'autres fois, la maladie débute par les symptômes que les auteurs ont assignés à la *fièvre inflammatoire*, tels que l'accélération et la plénitude du pouls, l'augmentation de la chaleur, les tintements des oreilles, la rougeur des yeux, de la face et de toutes les muqueuses visibles. Dans quelques cas, les malades éprouvent un malaise général, des frissons passagers et irréguliers, de l'abattement, de la paresse,

une diminution plus ou moins considérable de l'appétit, parfois même une inappétence complète. Ces phénomènes durent un jour ou deux, puis tout-à-coup les symptômes de la pneumonite éclatent. Existait-elle dès le début des premiers phénomènes, en était-elle la cause, et n'échappe-t-elle dans ces cas à l'observation que parce que rien n'attirant encore l'attention du médecin du côté de la poitrine, on néglige d'explorer cette cavité au moyen de la percussion et de l'auscultation? M. le professeur Bouillaud le pense; mais nous croyons, avec plusieurs auteurs recommandables, que dans ces cas une altération du sang précède l'invasion de la pneumonite. Enfin, le plus ordinairement, la maladie débute sans être précédée d'aucun prodrome.

Soit donc que la pneumonite ait été précédée de symptômes précurseurs, soit qu'elle ait débuté d'une manière brusque et soudaine, voici comment elle se manifeste :

Le malade est pris d'abord d'un frisson plus ou moins violent, et en même temps ou quelques heures après, d'une douleur vive dans un des côtés de la poitrine, douleur qui se fait ordinairement sentir au mamelon, et irradie vers la partie supérieure du thorax. Cette douleur se fait quelquefois sentir des deux côtés de la poitrine; elle occupe aussi quelquefois d'autres points que celui que nous avons indiqué, tels que la base de la poitrine, ses parties latérales, la partie postérieure, etc.; elle peut, en un mot, exister sur les points de cette cavité. La respiration s'accélère et devient pénible, l'inspiration surtout est difficile et incomplète, et de la toux se déclare; cette toux qui ne donne souvent lieu d'abord qu'à une expectoration de mucus bronchique, mêlé d'air et de salive, est très promptement et souvent immédiatement suivie d'une expectoration de crachats muqueux, demi-transparents, mêlés d'air, et colorés en rouge ou en jaune, (couleur marmelade d'abricot ou de sucre d'orge) quelquefois en vert ou en noir, mais le plus ordinairement ils offrent une couleur de rouille caractéristique, qui leur a fait donner le nom de *crachats rouillés*. Ces différentes colorations des crachats dépendent, ainsi que l'a démontré M. Andral, de la plus ou moins grande quantité de sang qui se trouve mêlé au mucus bronchique. En même temps la face est rouge, aux pommettes surtout, et quelquefois d'un seul côté qui n'est pas nécessairement celui

qu'occupe l'inflammation pulmonaire; elle prend une teinte livide, lorsqu'une grande partie des deux poumons est envahie par l'inflammation; enfin le pouls est plein, large et fréquent; la peau est chaude et halitueuse ou même couverte de sueur; les urines sont rares, d'un rouge foncé, et laissent déposer par le refroidissement des sédiments plus ou moins considérables, ordinairement formés par du mucus, de l'urée, de l'acide urique, et surtout par de l'urate d'ammoniaque.

A mesure que la maladie parcourt ses périodes, quelques uns de ses symptômes éprouvent des modifications. La douleur, par exemple, tend à décroître et même à disparaître spontanément. Mais ce sont les crachats qui éprouvent surtout les modifications les plus importantes à connaître pour le diagnostic. Si l'inflammation décroît, on voit les crachats, d'abord sanguinolents, passer successivement par les couleurs rouge orange, jaune, jaunâtre et puis verte, au fur et à mesure que la quantité de sang exhalé diminue, et qu'il se combine plus intimement avec le mucus. En même temps, ils deviennent de moins en moins visqueux, plus faciles par conséquent à expectorer, puis ils deviennent blanchâtres, muqueux, diminuent de quantité et disparaissent enfin complétement. La toux suit la même décroissance graduelle, et ne tarde pas à cesser. Si la pneumonite augmente d'intensité au contraire, les crachats prennent une viscosité de plus en plus prononcée, ils contiennent moins d'air, et deviennent de la couleur de la marmelade d'abricot ou du sucre d'orge, aspect qu'ils présentent souvent au reste dès le début de la maladie. Enfin, on les voit plus tard prendre un aspect grisâtre et purulent, et devenir tout-à-fait opaques et diffluents; ou bien ressembler par leur couleur et leur peu de consistance à du *jus de pruneaux* ou à une *dissolution de suc de réglisse*. Quand la maladie va se terminer par la mort, les crachats présentent souvent ces derniers caractères.

Les symptômes que nous venons d'énumérer ne se trouvent pas toujours réunis chez tous les pneumoniques. C'est ainsi que la douleur, l'un des plus constants, manque quelquefois. Cela ne doit arriver que dans les cas où la plèvre ne participe pas à l'inflammation pulmonaire, car il paraît bien certain, malgré quelques faits en apparence contraires, que c'est l'inflammation

de cette membrane qui produit la douleur dans les pneumonites. La dyspnée non plus n'existe pas toujours. C'est ainsi, par exemple, qu'on ne l'observe pas dans les cas où la pneumonite est peu étendue et compliquée avec une autre phlegmasie qui offre au contraire beaucoup de gravité, telle que la variole par exemple. Tous les symptômes, en un mot, peuvent manquer isolément, et même à la fois dans ce qu'on appelle *pneumonies latentes*. C'est ce qui arrive dans les cas où la pneumonite est accompagnée d'accidents cérébraux et surtout d'un violent délire, dans ceux où elle accompagne une fièvre typhoïde, chez quelques vieillards, chez les aliénés, et enfin quand l'inflammation occupe un très petit espace dans le centre du poumon (*pneumonie lobulaire*). Mais dans le plus grand nombre des cas, il existe assez de symptômes caractéristiques pour que le médecin puisse diagnostiquer la pneumonite. Toutefois, il existe deux moyens d'exploration qui donnent à ce diagnostic plus de précision, qui permettent de suivre jour par jour le développement, les progrès et la décroissance de l'inflammation pulmonaire, d'en apprécier le siége précis, la profondeur et l'étendue, comme si cette inflammation était visible, qui lèvent tous les doutes dans les cas obscurs, et enfin qui décèlent la maladie dans les circonstances où manquent tous les signes propres à en révéler la présence; on voit que nous voulons parler de la percussion et de l'auscultation.

La percussion, qui se pratique, soit d'une manière immédiate sur les parois de la poitrine, soit d'une manière médiate en frappant avec un ou deux doigts sur l'instrument inventé par M. le professeur Piorry, et qu'il a nommé *plessimètre*, posé sur le thorax, soit enfin en frappant sur un de ses doigts appliqué aussi sur les parties qu'on explore, procédé qui nous paraît le plus commode et le plus convenable, la percussion, disons-nous, donne un son mat dans tous les points de la poitrine qui correspondent aux points enflammés du poumon, devenus par suite moins perméables ou tout-à-fait imperméables à l'air, au lieu du son clair qu'elle fait entendre quand on la pratique sur une poitrine saine. Elle permet de suivre les progrès de l'engouement pulmonaire par les sons de plus en plus mats qu'elle fait entendre, de même qu'elle permet de suivre le retour graduel de

cet organe à la perméabilité, en faisant entendre un son de plus en plus clair. Mais nous devons ajouter qu'elle n'est souvent que d'un faible secours chez les enfants, parce que leur poitrine ayant beaucoup de résonnance, donne encore un son clair alors même que le poumon est enflammé, et ce n'est qu'en comparant le son d'un côté avec celui de l'autre, que l'on découvre quelquefois une demi-matité. Chez les hommes qui ont le système musculaire très développé, elle ne donne souvent encore aucun signe, attendu que leur poitrine résonne mal ou ne résonne pas du tout dans l'état de parfaite santé.

L'auscultation à l'oreille nue ou armée d'un stéthoscope, fournit des renseignements plus nombreux, plus exacts, plus précieux encore. Voici les signes qu'elle présente. Dans le premier degré de la pneumonite, on entend encore la respiration dans le point affecté; mais elle est beaucoup moins grande et moins sonore que dans les autres parties de la poitrine; elle est en outre accompagnée, dans l'inspiration surtout, d'une espèce de crépitation ou râle léger, que Laënnec a comparé au bruit du sel que l'on fait décrépiter en le chauffant dans une bassine, et qu'il a appelé *râle crépitant*. Mais avant que ce râle existe, quand on peut ausculter les malades tout-à-fait dans les premiers moments d'une pneumonite, on entend quelquefois que la respiration est plus faible, moins pure et moins veloutée, d'autres fois elle est *puérile*, mais toujours moins pure et moins veloutée. Nous avons plusieurs fois constaté ce signe, indiqué par Stokes, et il nous semble même, autant que nos souvenirs sont fidèles, que chez la plupart des malades que nous avons pu examiner dans les premières heures de l'invasion, ce qui n'est pas rare dans la pratique civile, nous l'avons retrouvé. Le râle crépitant est plus ou moins fin, plus ou moins abondant. On ne le découvre pas toujours aisément; dans quelques cas on ne parvient à le constater qu'en faisant tousser les malades, comme le conseille M. Grisolle. Dans le second et le troisième degré, la respiration ne se fait plus entendre dans le point affecté, bien que dans les grandes inspirations on voie encore le mouvement des parois thoraciques. Très souvent cependant, on entend, non pas le bruit respiratoire, mais un *râle muqueux* plus ou moins marqué. Cela a surtout lieu quand la bronchite se joint à la pneumonite, ce qui est très fré-

quent, ou quand l'expectoration visqueuse du début devient épaisse et facile. Assez ordinairement, dans les trois degrés de la phlegmasie, la respiration est *puérile*, c'est-à-dire très sonore, bruyante et facile dans les parties saines du poumon. Elle présente assez souvent même un caractère particulier; il semble que quelqu'un souffle avec force dans un tuyau d'airain auprès de l'oreille de celui qui ausculte; en même temps la voix est résonnante. C'est M. Andral qui a surtout fixé l'attention sur ce bruit respiratoire, qu'il propose de nommer *respiration bronchique*, symptôme déjà signalé par Laënnec, et qu'il attribue à ce que l'air ne peut pas pénétrer au-delà des gros tuyaux bronchiques. On ne l'observe en effet que chez les malades dont le poumon est hépatisé et ne se laisse plus pénétrer par l'air. Enfin, dans le cas de double pneumonite, le cylindre donne un signe tout-à-fait caractéristique. Outre l'intensité plus grande du murmure respiratoire dans les parties restées saines, et le râle crépitant dans celles qui sont enflammées, on remarque qu'il existe un contraste frappant entre la grande dilatation des parois de la poitrine et la fréquence de la respiration, et la faible intensité de celle-ci dans les points enflammés.

L'auscultation ne fournit pas toujours les moyens de reconnaître une pneumonite. Ainsi, chez les phthisiques et les anévrismatiques, comme on ne peut pas trop se fier à la valeur des signes qu'elle donne, elle laisse souvent dans l'incertitude; elle n'apprend rien lorsque l'inflammation commence par occuper la pointe ou le centre du poumon; enfin il existe quelquefois un râle bronchique tellement fort, en raison de la grande quantité de liquide contenu dans les bronches, qu'il est impossible d'entendre le râle de la pneumonite. Ce moyen d'exploration n'en est pas moins des plus utiles dans l'immense majorité des cas, et nous ferons remarquer que même dans l'absence des signes directs de l'inflammation pulmonaire, il peut cependant encore la faire soupçonner, en permettant de reconnaître que le bruit respiratoire est plus intense que dans l'état normal. Lorsqu'on observe en effet cet accroissement d'intensité du bruit respiratoire, on peut presque en conclure que la respiration s'exerce incomplétement dans certains points cachés, et que c'est pour y suppléer en quelque sorte qu'elle s'exerce avec plus de force dans les

autres points. L'auscultation d'ailleurs n'éclaire pas seulement le diagnostic de la pneumonite; elle permet d'en suivre avec assez de précision les progrès. Ainsi, lorsque la résolution s'opère, elle fait entendre le retour du râle crépitant dans les points qui étaient imperméables à l'air; elle apprend qu'en même temps la respiration bronchique et la résonnance de la voix diminuent; puis que le murmure respiratoire remplace peu à peu le râle crépitant, et enfin qu'il gagne chaque jour en étendue, tandis que celle-ci s'affaiblit et diminue. Si au contraire la maladie s'aggrave, le cylindre permet d'en suivre l'accroissement par l'observation des symptômes contraires à ceux que nous venons d'énumérer. Enfin, il avertit par la persistance du râle, qu'un noyau d'inflammation existe encore lorsque tous les autres symptômes semblent complétement dissipés, et met le médecin sur ses gardes sur le retour certain de la pneumonite si on l'abandonne à elle-même.

La pneumonite présente, dans les différents âges, quelques particularités qu'il importe de faire connaître. Chez les enfants *nouveau-nés*, chez lesquels on la remarque assez fréquemment, dans les hôpitaux du moins, car nous n'avons pas remarqué qu'elle fût très commune chez les enfants des classes aisées, on ne peut la reconnaître que par l'examen direct de la poitrine. La douleur de côté n'existe presque jamais, et quand elle existerait, on ne peut pas le savoir chez ces petits malades; il n'y a pas d'expectoration, par conséquent aucun signe à tirer de l'inspection des crachats. Restent la dyspnée, la toux, la chaleur de la peau et l'accélération du pouls; mais ces symptômes appartiennent à toutes les maladies aiguës de la poitrine, et ne sont pas spéciaux à la pneumonite. Aussitôt donc qu'un très jeune enfant éprouve quelques uns des symptômes précédents, il faut immédiatement explorer la poitrine. Si la percussion donne un son mat dans quelque point de son étendue, si on entend dans ce point du râle crépitant et de la respiration bronchique, nul doute qu'il n'y ait là une pneumonite. Si même avec du simple râle sous-crépitant on trouve de la matité, il est évident qu'il n'y a pas seulement une bronchite, attendu que le poumon ne devient pas imperméable à l'air dans cette dernière affection, et que par conséquent la poitrine reste toujours sonore; on peut donc encore affirmer

l'existence d'une pneumonite. Enfin, en l'absence de la matité, et elle manque très souvent, pour ne pas dire toujours, dans la forme de pneumonite que l'on a nommée *lobulaire*, on pourrait encore soupçonner la pneumonite si l'auscultation faisait entendre du souffle bronchique. Mais il est des cas où le diagnostic précis est tout-à-fait impossible; ce sont ceux d'abord où les principaux signes manquent, ce sont ensuite ceux où ils sont masqués par d'autres signes, tels que ceux de la bronchite qui accompagne toujours la *pneumonite lobulaire*, et presque toujours toutes les pneumonites des enfants quelle qu'en soit la forme. Ajoutons cependant que la pneumonite des enfants commence presque toujours à la partie postérieure, moyenne ou supérieure de la poitrine, rarement à la base, et que par conséquent ce peut être une présomption de l'existence de cette maladie, que de trouver des bruits anormaux dans cette région. Disons encore que quand on cherche de la matité ou un signe stéthoscopique quelconque, il faut toujours comparer les résultats d'un des côtés de la poitrine avec ceux de l'autre, c'est le seul moyen de ne pas laisser échapper des nuances de sons, des modifications du murmure respiratoire ou de la voix, qui ne seraient pas bien appréciables sans cela. Cette manière de procéder est surtout indispensable chez les enfants et dans les cas obscurs dont nous venons de parler.

Les *enfants* sont exposés à une autre forme encore de pneumonite, savoir : la *pneumonite lobulaire* aiguë ou chronique. A l'état aigu, voici comment cette maladie se comporte ordinairement. Après quelques jours de catarrhe, signalé par des râles ronflants, sibilants ou muqueux, mais sans fièvre ni perte d'appétit, l'enfant est pris tout-à-coup d'un accroissement considérable du pouls, de la respiration et de la chaleur de la peau, d'une grande difficulté à respirer qui l'oblige à dilater largement les narines; une grande anxiété se peint sur sa figure, il est très agité, ou plongé dans l'abattement et l'assoupissement; et si on explore sa poitrine, on trouve d'abord le bruit respiratoire obscur ou un peu de râle sous-crépitant, puis, plus tard, du râle crépitant, de la respiration bronchique, et quelquefois, mais rarement, de la matité. Enfin, de deux choses l'une : ou bien le pouls devient irrégulier et d'une petitesse extrême, la

face prend une teinte violacée, les extrémités se refroidissent, l'anxiété cesse, la toux disparaît, le petit malade pousse de profonds soupirs, et il ne tarde pas à succomber; ou bien tous les symptômes s'amendent, le pouls diminue de fréquence, l'anxiété se dissipe graduellement, la chaleur de la peau s'affaiblit, la matité, s'il en existait, est moindre, la respiration bronchique cesse pour faire entendre de nouveau le râle sous-crépitant, puis on distingue le murmure respiratoire, et enfin le petit malade guérit.

A l'état chronique, la pneumonite lobulaire survient toujours dans le cours d'une autre maladie, déjà grave par elle-même, et à la gravité de laquelle elle vient ajouter encore. C'est ordinairement dans le cours d'une entérite chronique ou à la suite de la rougeole, de la variole, qu'elle se manifeste Les signes stéthoscopiques sont ordinairement les seuls à la révéler, car il n'y a pas de douleur de poitrine, pas ou presque pas de toux, point d'expectoration, point de chaleur de la peau, pas d'accélération du pouls; au contraire, la peau est pâle et froide, le pouls souvent ralenti, et les jambes et la face s'œdématient. Cependant il arrive un moment où des symptômes de réaction se manifestent, la peau s'échauffe, le pouls s'accélère, etc.; c'est qu'alors la phlegmasie s'est étendue, et a pris tout-à-coup un certain degré d'acuité qui doit bientôt être suivi de la mort. Il arrive très souvent que cette forme de pneumonite est méconnue, parce qu'elle survient dans le cours d'affections graves qui absorbent l'attention, et qu'elle manque d'ailleurs des principaux signes qui pourraient la faire diagnostiquer. MM. Rilliet et Barthez, qui ont publié un excellent mémoire sur cette maladie, signalent l'altération profonde des traits comme devant éveiller l'attention.

Enfin, la *pneumonite des vieillards*, si savamment étudiée et si bien décrite dans ces derniers temps par MM. Hourmann et Dechambre, dont les travaux vont nous servir de guide pour en tracer l'histoire, réclame aussi une description particulière.

Son invasion peut avoir lieu de plusieurs manières; elle est brusque ou graduelle, aiguë et par conséquent évidente, sourde et par conséquent *latente*. Quand elle est brusque et que l'inflammation est aiguë, elle s'annonce, comme chez l'adulte, par un frisson, une douleur de côté, suivis bientôt de chaleur de la