

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 poulmon 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<sup>e</sup> 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 poulmon 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 *brique 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 résonnance; 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-crépitan 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 résonnance 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<sup>e</sup> 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 prostrent le moins les forces. Toutefois celles-ci s'anéantissent, en général, vite chez les vieillards, qui tombent rapidement dans un état d'adynamie.

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

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

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

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

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



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

Si nous recherchons les modifications qu'éprouvent les symptômes précédemment énumérés, nous trouvons que la plupart d'entre eux continuent à s'aggraver à mesure que l'altération des poumons gagne en surface et en profondeur : tels sont surtout la dyspnée, l'accélération des mouvements respiratoires et du pouls, les phénomènes stéthoscopiques, la fièvre, l'abattement des forces. Il n'en est pas de même du point de côté, de la céphalalgie, et souvent de l'expectoration elle-même. En effet, la douleur de tête et de poitrine cesse, ou du moins diminue après une durée de quelques jours; il en est souvent de même de l'expectoration, qui conserve sa viscosité, mais elle perd sa transparence, et surtout sa coloration rouge; elle peut même devenir tout à fait catarrhale. 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 prosterment; 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 reparaisent 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, reparait; 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 *soupçonner* 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 poulmon.

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