

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-pneumo-thorax. 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 indécidée. 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-

jourd'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-crépitants 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-crépitant 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> édition, p. 408.

(2) *Ibid.*, 2<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> édition.)

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

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

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

Il importe beaucoup, pour le pronostic et pour le traitement, de savoir diagnostiquer le degré de la pneumonie. La respiration bronchique et la bronchophonie sont les seuls signes certains pour distinguer les deuxième et troisième degrés du premier, qui est caractérisé par le râle crépitant. Le mélange de ces deux bruits morbides indiquera l'existence simultanée des deux premiers degrés; mais il est absolument impossible, nous l'avons dit, de diagnostiquer l'un de l'autre les deuxième et troisième degrés. Cependant on pourra *souçonner* une hépatisation grise lorsque les malades rejettent des crachats jus de pruneaux, ou bien encore lorsqu'on entend mêlés au souffle bronchique des craquements humides et gros; enfin, lorsqu'il existe un état général grave, et que la maladie remonte déjà à plus d'un septénaire. Une collection purulente du poumon ne pourra être diagnostiquée qu'autant qu'elle communique largement avec les bronches et que le pus est évacué par l'expectoration. Si l'on a égard à la marche seule de la maladie et aux symptômes concomitants, on ne confondra jamais un abcès pulmonaire avec une 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<sup>e</sup> 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