

*Bibliothèque numérique*

**medic@**

**Pelletan, Jules. - Des principales  
formes de la pneumonie**

**1838.**

***Paris : Imprimerie et fonderie  
de Félix Locquin et Compagnie  
Cote : 90975***

DES PRINCIPALES FORMES  
DE  
LA PNEUMONIE.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE

*au concours de l'agrégation.*

(SECTION DE MÉDECINE),

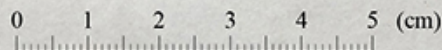
PAR LE DOCTEUR JULES PELLETAN,  
Médecin du bureau central des hôpitaux.

ANNÉE 1838.



PARIS

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE FÉLIX LOCQUIN ET C<sup>o</sup>,  
16, RUE N.-D.-DES-VICTOIRES.





DES PRINCIPALES FORMES

DE  
JUGES.

MM. ADELON, Président.

ANDRAL,

BOUILLAUD,

CHOMEL,

ROSTAN,

GUERARD,

MÉNIÈRE,

Juges titulaires.

BRESCHET,

DALMAS,

Juges suppléants.

CONCURRENS.

BARTH,

BAZIN,

BEAU,

BEHIER,

BELL,

CAZALIS,

COMBETTE,

DESCHAMPS,

DUPLAY,

GILLETTE,

GRISOLLE,

HARDY,

HUTIN,

LEMBERT,

MAROTTE,

MONNERET,

MONTAULT,

NONAT,

PELLETAN,

PIETT,

PICEAUX,

SESTIER,

TANQUEBEL,

TEISSIER.

VALLEIX,

VERNOIS.



## DES PRINCIPALES FORMES

## LA PNEUMONIE.

Pour procéder avec méthode dans l'examen du sujet que nous avons à traiter, nous éprouvons le besoin d'entrer dans quelques explications préliminaires succinctes qui, en établissant d'une part la position de la question, indiqueront de l'autre l'esprit dans lequel nous avons cru devoir la traiter.

L'expression de forme attribuée à une maladie, quoique consacrée depuis long-temps dans le langage pathologique, pourrait offrir quelque embarras et quelque équivoque si elle n'était bien précisée. Nous devons donc commencer par nous expliquer sur le sens que nous attachons à ces mots : formes de la pneumonie.

Le fond ou l'essence de la pneumonie est l'inflammation du parenchyme pulmonaire, qui s'accompagne toujours et inévitablement d'un certain nombre de symptômes généraux ou locaux.

Ce qu'on entend par forme de la pneumonie consiste donc, selon nous, dans la présence d'un certain



nombre de circonstances ou de phénomènes qui, sans détruire le fond de la maladie et sans faire disparaître les symptômes fondamentaux, fournissent cependant des caractères qui peuvent faire distinguer une pneumonie d'une autre pneumonie.

Ainsi, la forme se compose de circonstances accessoires; elle modifie le fond d'une maladie sans le détruire, mais elle n'en est pas moins à beaucoup d'égards d'une grande importance à étudier, et principalement sous le point de vue thérapeutique.

La pneumonie peut être modifiée dans sa forme par un grand nombre d'influences diverses :

- 1° Par les circonstances extérieures au milieu desquelles elle a pris naissance;
- 2° Par la nature des causes qui l'ont immédiatement produite;
- 3° Par des troubles fonctionnels ou par des altérations d'organes divers;
- 4° Par toutes les circonstances tenant à l'individu : l'idiosyncrasie, l'âge, le sexe, le tempérament, la constitution, etc. ;
- 5° Par l'étendue plus ou moins grande de l'organe envahi par la lésion, ou par le point spécial où l'inflammation a son siège;
- 6° Par le degré auquel est arrivée l'affection dans les différens temps de sa durée;
- 7° Par le mode suivant lequel l'altération organique envahit le tissu du poumon;
- 8° Par le temps pendant lequel la pneumonie subsiste;



- 9° Par l'évidence ou l'obscurité de ses symptômes;  
10° Enfin par le traitement mis en usage pour la combattre.

D'après ce que nous avons dit, il est évident que, pour traiter le sujet proposé d'après les termes où il a été présenté et dans l'esprit qui les dictés, nous ne devons pas décrire la pneumonie d'une manière complète, absolue et générale; nous devons au contraire nous attacher à saisir et à dépeindre les caractères particuliers qui peuvent faire reconnaître et distinguer une forme pneumonique d'une autre.

Le nombre des formes de la pneumonie peut être considéré pour ainsi dire comme indéfini; nous sommes donc obligé de faire choix d'un certain nombre de formes spéciales assez bien déterminées pour que nous puissions en exposer et en faire ressortir tous les caractères.

Dans ce travail nous examinerons d'abord, pour chaque cas, les altérations pathologiques qui se rencontrent dans la forme spéciale de pneumonie que nous décrirons; puis, passant à l'étude des symptômes, nous fixerons notre attention sur tous ceux qui, par leur présence ou leur absence, distinguent la forme de pneumonie que nous étudierons. Nous examinerons ensuite les causes qui donnent naissance plus particulièrement à la forme en question. La marche, la durée, le pronostic, le diagnostic, seront envisagés sous le même point de vue spécial; enfin, nous terminerons par le traitement, et nous examinerons toujours, dans cette importante question, la thérapeuti-



4  
que qui doit être appropriée à telle forme plutôt qu'à telle autre.

Nous n'avons pas dû chercher à classer méthodiquement les différentes formes de la pneumonie dont nous allons traiter : elles présentent en effet des groupes bien distincts, mais qu'on ne saurait réunir en genre ou en classe sans faire usage de rapprochemens plus ou moins forcés, nécessairement incomplets, et qui n'auraient que le mérite apparent d'une méthode sans aucune utilité.

DE LA FORME AIGUE FRANCHE. Cette forme étant plus fréquente qu'aucune autre, elle nous servira pour ainsi dire de type et de point de comparaison pour toutes les autres.

Nous comprendrons à dessein dans cette espèce la pneumonie et la pleuropneumonie : en effet, la différence qui existe entre ces deux affections peut ne pas modifier sensiblement leur forme; et, du reste, l'extrême fréquence de la lésion de la plèvre dans la pneumonie permet de faire sans inconvénient cette réunion.

Les lésions anatomiques qui distinguent cette forme sont toutes celles qui constituent le premier et le deuxième degré de la pneumonie; ainsi, tantôt le parenchyme pulmonaire est plus rouge qu'à l'état normal, mais encore crépitant; incisé, il s'en écoule en assez grande quantité une sérosité rougeâtre et spumeuse : la consistance du tissu est déjà diminuée, et il a été comparé avec justesse à celui de la rate. Il est quelquefois difficile de distinguer cet état



d'une simple congestion sanguine : MM. Andral et Bouillaud s'accordent à dire que la solution de cette question est souvent fort difficile ; mais les symptômes généraux de réaction fébrile et les signes locaux observés pendant la vie, mettront sur la voie pour faire facilement cette distinction.

Dans un degré plus avancé, mais qui se rencontre encore dans cette forme, le tissu pulmonaire ne crépite plus et tombe au fond de l'eau plus ou moins rapidement ; il s'en écoule encore un liquide rouge non écumeux, et beaucoup moins abondant que dans le cas précédent : la surface de la tranche ou de la déchirure présente une foule de petites granulations rouges qui s'écrasent facilement sous le doigt ; le tissu se réduit alors en une pulpe rougeâtre.

Tels sont dans l'immense majorité des cas les lésions qui se rencontrent avec la forme franche ; il est encore quelques autres altérations qui peuvent coexister avec elle : ainsi, on trouve un peu d'œdème du tissu cellulaire interlobulaire ; il existe aussi dans beaucoup de cas des traces de l'inflammation pleurale, laquelle se révèle rarement par un épanchement qui, dans ce cas, est le plus ordinairement peu considérable, mais surtout par des exsudations, des fausses membranes, ou des adhérences de nouvelle formation.

Les signes physiologiques de la forme aiguë franche, *légitime*, sont tous ceux de la fièvre inflammatoire ; ainsi, la face est rouge, plus ou moins turgescence, la peau est chaude, brûlante, quelquefois avec moiteur ; le plus souvent la céphalalgie est générale, le pouls



est accéléré, large, vibrant ou souple; la soif est vive, l'appétit nul, la langue est communément blanche, assez humide.

L'urine est rouge, assez abondante, n'exhalant aucune odeur fétide. Elle rougit fortement le papier de tournesol, et dépose le plus souvent un sédiment briqueté.

L'examen du sang retiré de la veine est aussi un indice précieux pour caractériser cette forme : en effet, dans ce cas comme dans toutes les inflammations franches, le caillot est ferme, dense, résistant, retroussé sur ses bords; la couenne qui le recouvre est ordinairement d'un jaune peu prononcé; elle est plus ou moins épaisse, mais toujours dense, élastique. La sérosité est limpide, transparente, d'un jaune peu foncé.

Du côté des organes respiratoires, on remarque à un degré plus ou moins prononcé de la dyspnée, une douleur de côté augmentant par l'inspiration, de la toux, des crachats visqueux, transparens, gélatineux, adhérens au vase qui les contient, et d'une couleur variable, depuis le vert jaunâtre jusqu'au rouge briqueté.

Si on applique l'oreille sur les parois thoraciques, on reconnaîtra facilement dans cette forme une modification notable dans le bruit naturel qui se fait entendre à chaque mouvement inspiratoire. Ainsi tantôt on percevra un râle sec, fin, crépitant, qui d'abord ne cache pas en entier le murmure respiratoire, et qui finit par le masquer tout à fait; tantôt ce râle ne se fait plus entendre, et il est remplacé par un bruit



auquel on a donné le nom de souffle tubaire, de respiration bronchique, et qui n'est autre chose que le passage de l'air dans les bronches d'un assez gros calibre. Tantôt enfin il y a absence complète de tout bruit, ce qui arrive lorsque l'air n'arrive pas jusqu'à ces gros troncs bronchiques. En même temps la voix se trouve modifiée dans sa résonnance, elle offre ce timbre particulier désigné sous le nom de bronchophonie ou de broncho-œgophonie.

A ces signes déjà si précis, et qui existent toujours dans cette forme, nous devons ajouter la matité du son existant à différens degrés dans tous les points correspondans à ceux où existe la phlegmasie.

Nous avons à peine besoin de dire qu'il existe des états intermédiaires dans lesquels tous les symptômes locaux que nous venons de noter sont combinés de diverses manières; ces détails rentreraient dans l'histoire de la pneumonie, et non dans celle de la forme particulière qu'elle affecte dans telle ou telle circonstance.

Nous nous bornerons à dire que lorsque, dans cette forme, la phlegmasie rétrocede, on peut facilement se convaincre qu'elle repasse par les diverses phases qu'elle avait déjà parcourues, et l'on retrouve les signes indicateurs de chacune de ces phases.

Cette forme de la pneumonie atteint plus particulièrement les adultes, les individus forts, robustes, pléthoriques, d'un tempérament sanguin.

Les hommes en général y sont plus sujets que les femmes.

Elle se montre le plus souvent d'une manière



sporadique. Cependant quelques pathologistes ont cherché à expliquer sa fréquente apparition par une constitution médicale inflammatoire, qui, dans ce cas, ne nous paraît nullement prouvée. Si nous examinons dans quelle saison se produit le plus habituellement cette forme de la pneumonie, nous verrons que c'est surtout dans les mois d'hiver qu'on la voit se développer.

Dans soixante-quinze cas de pneumonie que nous avons recueillis avec soin dans le service de M. le professeur Bouillaud, nous en possédons quarante-et-un qui ont présenté cette forme aiguë franche, parmi lesquels trente-deux se sont montrés dans les six mois de novembre, décembre, janvier, février, mars et avril, et neuf seulement dans les mois de mai, juin, juillet et août; de sorte que nous pouvons établir qu'une température froide aide surtout au développement de cette forme; et si le temps nous permettait d'entrer à cet égard dans d'autres détails statistiques, nous pourrions conclure que c'est surtout cette forme de la pneumonie qui est déterminée par un refroidissement. On l'a vue aussi dans quelques cas rares être la suite d'une violence extérieure. D'autres circonstances d'un autre ordre aident à la production et au maintien de cette forme, telles que l'absence de toute complication du côté des organes de l'abdomen ou du cerveau; l'étendue de la lésion anatomique, qui ne doit pas dépasser certaines limites, sans quoi la forme pourrait changer; le degré où est arrivé et où se maintient l'altération pathologique, etc., etc.



Telles sont les causes que j'ai dû noter comme produisant plus particulièrement, non point la pneumonie, mais cette forme spéciale plutôt que telle autre.

La marche de cette forme est continue, régulière; elle parcourt ses diverses périodes d'une manière assez fixe, et qu'on peut jusqu'à un certain point déterminer à l'avance. Sa durée est plus courte en général que celle des autres. Son diagnostic est aussi plus facile, puisque ses symptômes se trouvent réunis d'une manière complète, franche et dégagée de tout ce qui pourrait les obscurcir. Son pronostic est, toutes choses égales d'ailleurs, moins grave que celui des autres formes, et cela en raison de tout ce qui précède.

*Traitement.* C'est surtout dans ce cas qu'une méthode antiphlogistique énergique peut faire obtenir les succès les plus remarquables. Tous les observateurs sont d'accord sur ce point, et il serait inutile d'accumuler les autorités pour appuyer cette proposition. Ce qui eût pu trouver peut-être des adversaires, s'il eût été question de la pleuro-pneumonie considérée d'une manière générale, ne peut trouver aucune opposition lorsqu'il s'agit de cette forme spéciale, qui est une inflammation aiguë franche, sans complication qui modifie sa forme; ainsi donc, les saignées ordinairement copieuses seront répétées à des intervalles rapprochés. Et toujours, n'oublions pas de le dire, en tenant compte de l'âge des malades, de leur constitution plus ou moins forte, de leur tempérament, de l'étendue de la maladie, de son degré, des traitemens antérieurs, etc., c'est en suivant cette méthode que nous



avons eu l'occasion de voir de remarquables succès obtenus par M. le professeur Bouillaud. Ainsi, sans parler des résultats déjà publiés et qui sont généralement connus, nous nous bornerons à dire, pour ne pas descendre dans des détails qui pourraient nous entraîner trop loin, que, dans les quarante-un cas dont nous avons déjà parlé, et dont nous possédons les observations, la moyenne du traitement adopté a été de trois saignées et de deux applications de ventouses ou de sangsues, de telle sorte que la masse du sang enlevé n'a pas dépassé 16 palettes, retirées dans les trois ou quatre premiers jours de l'entrée du malade. Il est bien entendu que nous ne prétendons pas donner ces chiffres comme une règle invariable, mais plutôt comme un résultat approximatif, qui résume assez bien le mode général de traitement que nous croyons le plus efficace dans cette physionomie spéciale de l'affection.

Dans les trois quarts des cas environ, un large vésicatoire, appliqué sur le côté affecté après les émissions sanguines, a été d'un très utile secours pour achever la résolution de la phlegmasie.

A ces moyens on a joint un traitement émollient dans le détail duquel il est inutile d'entrer; et le succès a été pour ainsi dire constant, puisqu'on n'a eu sur ces quarante et un cas à déplorer qu'une seule mort.

Nous n'insisterons pas davantage sur les préceptes à suivre dans la thérapeutique de cette forme; nous en avons dit assez pour indiquer que c'est surtout dans



celle-ci que le traitement antiphlogistique énergique peut opérer les plus grands bienfaits.

Le traitement par l'émétique à haute dose est-il particulièrement applicable à cette forme de l'inflammation? nous ne le pensons pas. En présence d'une médication aussi certaine que celle des émissions sanguines abondantes et répétées, nous pensons qu'il serait coupable d'avoir recours à une méthode de traitement qui dans ce cas est au moins fort douteuse.

Quant à l'oxide blanc d'antimoine, c'est bien évidemment, d'après les expériences de MM. Bouillaud et Andral, un médicament inerte, qui n'a pas même la propriété, lorsqu'il est bien lavé, de ralentir la respiration et la circulation.

FORME AIGUE BILIEUSE. Les caractères physiologiques qui distinguent cette forme de la précédente sont ordinairement très tranchés; il n'en est pas toujours de même pour les lésions anatomiques. Ainsi, dans le plus grand nombre des cas, les lésions que nous avons décrites dans la forme aiguë franche se reproduisent dans celle-ci au même degré, sans qu'on trouve aucune lésion anatomique de nature à expliquer l'intervention des phénomènes bilieux. Dans d'autres cas on rencontre, pour expliquer l'apparition des phénomènes bilieux, soit une inflammation plus ou moins grave du duodénum, soit, ainsi que M. Andral en a consigné un exemple dans sa clinique, une inflammation du foie caractérisée par une augmentation de volume de cet organe, une couleur lie de vin et un ramollissement notable de son tissu.



Les symptômes de cette forme de la pneumonie sont, à un degré plus ou moins prononcé, outre ceux de l'affection locale, ceux de la fièvre bilieuse. Ainsi elle débute par des lassitudes et des douleurs dans les membres; la face devient jaunâtre, les pommettes sont colorées en rouge, la céphalalgie est sus-orbitaire, le pouls est fréquent, dur et serré; la chaleur de la peau est sèche et âcre, la soif est vive, la langue est couverte d'un enduit jaunâtre, l'haleine est fétide, la bouche amère et pâteuse, parfois il existe des vomissemens bilieux et une diarrhée de même nature, ou bien de la constipation; il y a un sentiment de tension douloureuse vers l'épigastre ou l'hypochondre droit. Dans le cas d'inflammation concomitante du duodénum ou du foie, ces parties sont douloureuses au palper; le foie déborde les fausses côtes droites; la toux est fréquente et pénible; les crachats ont ordinairement une teinte jaunâtre, qu'on a attribuée au mélange de la bile, mais, comme l'établit M. Chomel, des expériences chimiques ont prouvé que cette couleur pouvait dépendre du mélange intime du mucus avec une proportion déterminée de sang, aussi bien que de la présence de la bile.

Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins évident qu'il y a dans tous ces cas une modification spéciale et identique, imprimée par une cause palpable ou impalpable à la physionomie de la pneumonie, et cela nous suffit pour les réunir dans le tableau de la forme bilieuse. Enfin, dans quelques cas rares, on a trouvé le péritoine sushépatique enflammé à divers degrés.



Mais dans ces circonstances on peut se demander si l'on n'a pas affaire à deux affections distinctes marchant en même temps et indépendamment l'une de l'autre, plutôt qu'à une espèce particulière de la pneumonie.

Le sang tiré de la veine présente un aspect différent de celui que nous avons noté dans la forme aiguë franche. Dans celle-ci le caillot a encore de la densité et de la résistance, mais il est recouvert d'une couenne jaune foncé, ordinairement moins ferme que dans l'espèce précédente ; la sérosité est d'un jaune foncé, teignant quelquefois en jaune le papier qu'on y plonge. La salive a été trouvée quelquefois acide : les urines sont rares, chaudes au passage, et d'un jaune rougeâtre plus ou moins foncé.

Les symptômes locaux de la pneumonie sont aussi évidens, aussi appréciables que dans la forme précédente, ils ne dépassent pas ordinairement les limites que nous avons tracées dans la forme aiguë franche. On voit donc que c'est surtout par l'ensemble des phénomènes généraux que ces deux espèces diffèrent. Quelles sont donc les causes de la forme que nous étudions ? Les auteurs du siècle dernier ont invoqué la constitution médicale ; Stoll en particulier, qui a beaucoup insisté sur la description des formes bilieuses de la pleurésie et de la pneumonie, les attribuait exclusivement à cette cause générale. Sans nier d'une manière absolue l'influence qu'un état indéterminé et inconnu de l'atmosphère peut exercer sur la production de telle forme spéciale de la pneumonie, il est utile de rechercher si d'autres causes ne peuvent pas aider à sa production.



Parmi les soixante-quinze cas dont j'ai déjà parlé, nous avons recueilli vingt cas de pneumonie ayant la forme bilieuse; et, pour indiquer ce que nous avons rangé sous cette dénomination, nous donnerons à la fin de ce chapitre une de nos observations.

Nous nous servirons donc de ces faits pour rechercher quelques uns des points qui peuvent se rattacher à l'histoire de cette forme.

Examinons donc d'abord si les pneumonies de cette forme se sont montrées plus fréquemment dans les saisons chaudes que dans les saisons froides.

De nos vingt cas, cinq ont paru en janvier, un en février, cinq en mars, quatre en avril, un en mai, deux en juin, un en juillet et un en août; ce qui donne, en les réunissant en deux groupes, quinze pneumonies pour les mois où le froid prédomine et cinq pour ceux où il existe de la chaleur: en rappelant que les pneumonies de toute autre forme survenant dans les mois d'hiver ont été, avec celles qui ont paru dans une saison plus chaude, dans la proportion de 56 à 19, c'est à dire du triple, nous voyons que cette même proportion subsiste exactement ici, et que l'influence d'une température élevée ne paraît pas avoir prédisposé à l'apparition de la forme spéciale que nous décrivons.

Sous le rapport de l'âge, nous voyons que cette forme de la pneumonie atteint aussi plus spécialement les adultes. Cinq individus avaient de cinquante à cinquante-huit ans, et les quinze autres de dix-sept à



quarante-six; de telle sorte que l'âge moyen de chacun de ces malades a été de trente-deux à trente-trois ans.

L'influence du tempérament paraît avoir été plus marquée que celle de la saison; en effet, sur les vingt malades, onze ont été notés par le professeur comme présentant tous les caractères du tempérament bilieux ou sanguin-bilieux.

Une circonstance qui nous parut coïncider encore plus fréquemment avec le développement de la forme bilieuse, ce fut la présence de l'inflammation à la base du poumon droit. En effet, sur les vingt cas que nous examinons, dix-sept présentaient l'inflammation à la base du poumon droit, et dans trois seulement la phlegmasie occupait la partie inférieure du gauche. Nous ne concluons pas, toutefois, d'une manière absolue, que la forme bilieuse est nécessairement liée à une inflammation de la base du poumon droit, mais que cette coïncidence existe dans la grande majorité des cas. Quant à l'explication donnée de la présence des phénomènes bilieux par la propagation du processus inflammatoire aux organes biliaires, elle nous paraît, dans un grand nombre de cas, la plus vraisemblable.

Dans d'autres cas où cette explication ne peut être invoquée, la forme bilieuse est due soit à un simple embarras gastrique, soit à une gastro-duodénite ou une hépatite indépendante du siège de l'affection pneumonique, comme dans le cas cité par M. Andral, cas dans lequel la pneumonie occupait les lobes supérieurs du poumon droit.



La marche de cette forme est à peu près la même que celle de la forme franche, cependant elle a cela de particulier qu'elle a plus de tendance à passer à la forme typhoïde; quelquefois même la séparation entre ces deux formes est si peu marquée, qu'on éprouve quelques difficultés à décider dans quelle catégorie la pneumonie doit être classée.

La durée est ordinairement plus longue que dans la forme légitime: on le concevra facilement en considérant qu'il y a ici un élément en plus, élément souvent sans lésion correspondante il est vrai, mais dont il faut tenir compte et qui peut, dans quelques cas, embarrasser le traitement. Le diagnostic de cette forme offre également plus de difficulté que dans la pneumonie franche: ici on peut d'une part s'en laisser imposer par le développement des symptômes bilieux; et si le malade ne rend pas ses crachats par une cause quelconque, si les symptômes locaux sont peu marqués, l'attention peut être détournée de la poitrine. Toutefois, comme il n'est pas un médecin véritablement observateur qui n'examine l'état de la respiration, lors même que cette fonction semble tout à fait dans l'état normal, on découvrira facilement les signes de la pneumonie.

Mais le diagnostic devra encore être éclairé sur un autre point important, à savoir si les symptômes bilieux tiennent à une lésion matérielle. Dans ce cas, il faudra que le médecin porte son attention sur les organes abdominaux, qu'il s'assure s'il n'existe aucun symptôme dû à une péritonite partielle, qu'il palpe



la région épigastrique, le foie dans toute sa partie appréciable à la percussion, etc.; et après cet examen, il sera éclairé sur cette partie du problème à résoudre.

Le pronostic de la forme bilieuse a, toutes choses égales d'ailleurs, plus de gravité que celui de la forme franche. On le concevra facilement, puisque dans cette pneumonie il y a un élément nouveau, souvent dû à une complication matérielle. Mais c'est surtout en raison de la tendance que cette forme a quelquefois à passer à l'état typhoïde, que le pronostic acquiert plus de gravité; en effet, nous verrons, en examinant les cas que nous avons recueillis sur les pneumonies de cette forme, que plusieurs avaient commencé par un simple état bilieux. Toutefois, lorsqu'elles se maintiennent dans cette forme, et lorsqu'il n'y a pas une complication matérielle importante, nous devons dire que le pronostic reste à peu près le même que dans la forme franche. En effet, sans vouloir trancher définitivement la question avec les vingt cas que nous possédons, nous dirons que tous les individus qui ont présenté la forme bilieuse ont recouvré la santé.

Le traitement de cette forme de la pneumonie a été fort controversé. Stoll, qui a décrit aussi exactement que possible cette variété importante, mais qui, comme le fait avec raison remarquer M. Chomel a compris, bien certainement, sous ce titre beaucoup de fièvres bilieuses avec un simple catarrhe pulmonaire ou une simple pleurodynie, a employé avec un grand succès les vomitifs.



Les praticiens modernes ont insisté beaucoup moins que le célèbre médecin de Vienne sur ce mode de médication. Cependant ils ne l'ont pas entièrement rejeté. Ainsi, M. Andral se borne à dire qu'un vomitif peut être administré avec avantage lorsqu'il existe des symptômes évidens d'embarras gastrique. M. Chomel établit que cette forme bilieuse offre pour le traitement deux variétés importantes. Lorsque les symptômes bilieux ont précédé ceux de la pneumonie, la saignée, selon ce professeur, est souvent sans effet et quelquefois nuisible. Les boissons acidulées et les vomitifs ont alors presque constamment une influence favorable sur la marche de la maladie. Dans les cas, au contraire, où les symptômes bilieux se sont développés après ceux de la pneumonie, les vomitifs exaspèrent souvent le mal, qui se dissipe ordinairement sous l'influence du traitement antiphlogistique (1).

M. Bouillaud pense au contraire que l'état bilieux dans la pneumonie ne nécessite pas de changement dans la thérapeutique, et il lui applique, avec le même succès qu'à la forme aiguë franche, un traitement antiphlogistique énergique.

(1) M. Martin-Solon, après avoir établi comme moyen de diagnostic des pneumonies avec l'état bilieux, que dans ces cas l'acide nitrique fait reconnaître dans les crachats, le sérum du sang, et surtout dans l'urine, la présence de la bile par le développement d'une couleur verte plus ou moins marquée, ajoute que dans ces circonstances les antiphlogistiques purs n'auront pas la même efficacité que dans les formes inflammatoires franches, et il recommande alors l'adjonction des évacuans.

Le peu d'observations sur lequel se fonde cet observateur ne nous permet jusqu'ici d'admettre cette opinion qu'avec une grande réserve.



Nous nous bornerons, pour ne point insister trop long-temps sur ce sujet, à transcrire une de nos observations qui résumera les symptômes de cette forme, et indiquera en même temps la marche suivie dans le traitement.

Barthélemy (Joseph), âgé de 29 ans, paveur, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin-bilieux, s'est refroidi dans la soirée du 21 janvier 1835 en ôtant son habit après une course rapide qui l'avait mis en sueur. Le 22, au matin, il a éprouvé un frisson violent avec point de côté sous le mamelon droit : bientôt est survenue de la fièvre accompagnée d'une toux très pénible, avec expectoration de crachats jaunes rougeâtres. Le 23 il a été saigné (une demi-livre, suivant lui); le 24 nouvelle saignée de la même quantité, et le 25 quinze sangsues ont été appliquées à la poitrine du côté douloureux. Les symptômes ont peu diminué par ce traitement; la douleur n'a pas cédé, et le malade a continué à cracher des matières sanguinolentes : la fièvre seule, dit-il, était moindre. Entré le 26 janvier à la clinique, l'élève de garde lui fit dans la soirée une saignée de trois palettes et demie.

État le 27 au matin. Face anxieuse, jaunâtre ainsi que les conjonctives; pommettes rouges; peau chaude, sèche, jaune partout; un peu de sueur au visage; pouls à 120, dur; 40 inspirations par minute; les ailes du nez se dilatent fortement dans l'inspiration; les crachats sont très rouillés et quelques uns d'un jaune sale. Céphalalgie susorbitaire, langue rouge et sèche, haleine



fétide, bouche pâteuse, amère, soif vive, inappétence, dégoûts sans nausées ni vomissemens.

Le côté gauche de la poitrine n'offre rien de remarquable, si ce n'est en arrière, en bas, où l'on trouve peu de son et un gros râle ronflant. A droite, depuis la clavicule jusque vers la base de la poitrine, matité se confondant avec celle du foie, râle crépitant très fin jusqu'au mamelon; en arrière, matité dans toute l'étendue du poumon; souffle et bronchophonie très aiguë au sommet; de l'épine du scapulum jusqu'à la base, râle crépitant très distinct avec un peu de respiration bronchique. Le côté droit mesuré a environ un pouce de plus de circonférence que le côté gauche. Le caillot de la saignée de la veille est ferme, sa couenne épaisse, élastique, jaunâtre; sérosité d'un jaune foncé.

Prescription. Une saignée de quatre palettes le matin, l'autre de trois palettes le soir. Ventouses scarifiées en arrière à droite, trois palettes. Traitement émollient.

28. La face est plus calme, moins jaune, la respiration plus facile, les ailes du nez ne se dilatent plus; il y a 28 inspirations par minute; le pouls est à 116, moins dur; la peau est moins jaune, halitueuse; les crachats ont encore une légère couleur jaunâtre; le râle crépitant sec a disparu en avant, il a remplacé partout en arrière le souffle. Plus de douleur de côté. Langue humide, moins rouge, haleine moins fétide, plus de céphalalgie, une selle. Les deux saignées, la première surtout, ont une couenne épaisse et jaunâtre,



résistante, sur un caillot ferme, nageant dans une sérosité moins foncée. — Saignée de quatre palettes. Traitement émollient.

29. Tous les symptômes bilieux ont diminué en même temps que l'état fébrile; crachats encore légèrement teints; râle crépitant plus gros qu'hier; presque plus de bronchophonie. — Saignée de trois palettes. Traitement émollient.

30. Pouls à 84, souple et mou, 20 inspirations, visage excellent sans teinte jaune, presque plus de toux, crachats muqueux, langue bonne, nulle douleur de côté; la respiration est bien revenue partout, elle est seulement un peu rude. La bronchophonie est nulle. Deux bouillons.

31. Urines bourbeuses, respiration normale, pouls à 68 puls. Convalescence confirmée. Deux potages.

Le 2 février, 1/8.

Le 10, il sort parfaitement rétabli.

Cet exemple, que je pourrais multiplier, indique suffisamment les caractères qui ont servi pour spécifier cette forme de pneumonie, et le genre de traitement mis en usage pour la combattre.

FORME AIGUE TYPHOÏDE. Nous comprendrons sous la dénomination de pneumonie typhoïde toutes les formes de la pneumonie décrites par les auteurs sous les noms de pneumonie adynamique, ataxique, maligne, nerveuse, etc. Toutes les fois que l'affection du poumon sera environnée d'une partie ou de l'ensemble des symptômes typhoïdes, et dans le détail



desquels nous entrerons plus tard, la maladie sera dite par nous une forme thyphoïde de la pneumonie.

Les lésions anatomiques qui correspondent à cette physionomie de la pneumonie sont nombreuses. Examinées d'abord dans le tissu pulmonaire, nous trouvons en première ligne le ramollissement gris. Dans cet état, le tissu pulmonaire, dense, compact et imperméable à l'air, est d'une friabilité extrême; des granulations existent encore, mais elles sont d'un blanc grisâtre, il est dans ce degré infiltré d'un véritable pus qui ruisselle en abondance si on incise ou comprime le parenchyme pulmonaire. Dans d'autres cas rares, on a trouvé du pus réuni en foyers à la suite de cette forme de la pneumonie, et le mélange du pus au sang dans un organe aussi vasculaire que le poumon a déterminé, dans ce cas, ainsi que dans tous ceux où ce mélange a lieu, la production des phénomènes typhoïdes.

Dans d'autres cas, on trouve des masses frappées de gangrène; la couleur de la partie mortifiée est d'un noir tirant sur le vert, sa texture est plus humide, plus compacte que celle du poumon, elle se réduit en bouillie sous la pression la plus légère, elle exhale enfin d'une manière remarquable une odeur gangréneuse. Dans d'autres circonstances, l'élément anatomique de cette forme est seulement constitué par une inflammation générale des deux poumons, qui peut ne pas dépasser le 2<sup>e</sup> degré, mais qui agit ainsi par sa généralité. Quelquefois, enfin, M. le professeur Bouillaud a observé que le développement de l'inflammation au sommet du poumon, et surtout



des deux poumons à la fois, était la seule circonstance qui rendit compte des phénomènes typhoïdes observés pendant la vie. En dehors de la lésion anatomique propre à la pneumonie, on a encore constaté comme pouvant produire des symptômes typhoïdes, l'existence de tubercules suppurés, de cavernes, de perforations, de phlébites du poumon, etc. Parmi les altérations étrangères à cet organe, on a noté surtout l'existence du pus dans une ou plusieurs veines, le développement et l'ulcération des plaques de Peyer, la rougeur et le ramollissement de la membrane muqueuse du petit et du gros intestin, etc., etc.

Du côté des organes cérébraux enfin, on a constaté des lésions diverses survenues dans les méninges ou dans la substance cérébrale.

D'après les nombreuses altérations que nous venons de mentionner, on conçoit combien dans cette forme les signes physiologiques pourront varier, mais dans tous les cas il existera cette physionomie toute spéciale dont nous allons essayer de donner les caractères.

Ce qui frappe au premier aspect, c'est le facies du malade : ses traits sont plus ou moins profondément altérés, prostrés ; la couleur de sa figure est tantôt d'un jaune livide, tantôt encore assez rouge, et dans quelques cas offrant cette teinte d'un blanc cireux, indice d'une infection purulente. La peau est chaude ou couverte d'une sueur froide, visqueuse, elle est quelquefois tachetée de pétéchies ; le pouls est ordinairement fréquent, petit, serré, faible, avec des irrégularités ou



des intermittences ; il y a une céphalalgie sus orbitaire violente, quelquefois des épistaxis, des étourdissements, des soubresauts des tendons et un tremblement particulier des lèvres et des membres. Il existe souvent un délire dont la nature et l'intensité varient. La langue est ordinairement sèche et rouge, les dents sont fuligineuses, l'haleine fétide, exhalant dans quelques cas une odeur gangréneuse très marquée.

Du côté des voies digestives, on observe rarement des vomissements, plus souvent de la diarrhée, coïncidant avec du gargouillement vers l'une ou les deux fosses iliaques.

Les urines sont dans certains cas d'un rouge de sang, d'une odeur forte, ou bien elles sont troubles, floconneuses, ayant l'aspect et l'odeur du bouillon aigri, exhalant quelquefois une odeur ammoniacale, etc.

Le sang retiré de la veine est encore quelquefois dans cette forme franchement inflammatoire, mais le plus souvent le caillot est mou, plus ou moins diffus, offrant une couenne grisâtre de peu de consistance, et une sérosité ordinairement trouble.

La respiration est anxieuse, précipitée, et présente dans cette forme plus de difficulté que dans aucune autre; elle est de 40 à 44 inspirations par minute, c'est du moins la moyenne prise sur huit cas de forme typhoïde que nous avons recueillis.

Quant aux symptômes locaux, le point de côté manque plus souvent dans cette forme que dans les précédentes.

Les crachats sont encore dans quelques cas jau-



nâtres et visqueux; dans d'autres plus nombreux, ils sont diffluens, couleur *jus de pruneaux*; quelquefois ils offrent une teinte d'un gris ou d'un brun cendré, ils sont couverts ou non d'une matière mousseuse et exhalent une odeur fade ou manifestement gangréneuse; dans d'autres cas, enfin ils manquent complètement.

Dans cette forme de la pneumonie, le râle crépitant s'entend très rarement : plus souvent on perçoit un gros râle muqueux, simulant le râle de gargouillement et un souffle bronchique très prononcé. La résonance de la voix est forte dans les points où s'entend le souffle; dans d'autres circonstances enfin tout bruit a disparu, et il ne reste plus comme signe physique qu'une matité très prononcée sous le doigt.

Du côté du cœur, il existe souvent dans cette forme des bruits sourds et profonds.

Tels sont d'une manière très succincte les caractères les plus tranchés qui distinguent cette forme de la pneumonie. Nous citerons encore ici une des observations que nous avons recueillies pour ajouter quelques traits nouveaux au tableau que nous venons de tracer.

Laurent Delourné, âgé de 28 ans, commissionnaire, d'une bonne santé habituelle, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, après s'être refroidi étant en sueur dans un endroit humide où il travaillait, fut pris, le 11 avril 1835, d'un violent frisson qui dura toute la journée, de céphalalgie et d'un point de côté à droite sous le sein; il voulut cependant continuer ses travaux ce jour-là. Dans la



nuit qui suivit, il toussa beaucoup et expectora des crachats rougeâtres, la fièvre fut très intense. Le lendemain, 12, on lui pratiqua chez lui une petite saignée (deux palettes et demie) qui produisit un soulagement momentané; les jours suivans le même état continua. Le 16 on lui fit une seconde saignée de la même quantité que la première, qui, dit-il, l'a encore un peu soulagé. Le malade n'a pas vomi; mais depuis le 15 il a eu trois ou quatre selles liquides par jour. Les symptômes s'aggravant, il est entré à la Clinique le 18, huitième jour de sa maladie. Il s'est fait conduire en voiture.

Nous le trouvons le 18, à quatre heures du soir, dans l'état suivant: il est couché en diagonale sur le côté gauche et la tête penchée hors du lit. La face est altérée, abattue, d'une couleur jaune terne, les pommettes sont très rouges, les conjonctives injectées; la peau est chaude et sèche; le pouls à 124, assez gros et dur; il y a 40 inspirations par minute; les ailes du nez se dilatent fortement dans l'inspiration; céphalalgie atroce, un peu de tremblement dans les mains et les lèvres, pas de délire, réponses lentes, langue sèche, rouge vers son limbe, couverte d'une couche jaunâtre fort épaisse dans son centre; bouche amère, haleine fétide, dents sèches et même croûteuses, soif considérable, anorexie, dégoûts, pas de nausées, ventre tendu; à droite, on trouve un gargouillement obscur vers la fosse iléo-cœcale; deux selles liquides depuis le matin. Les crachats sont d'un brun sale, diffluens, *jus de pruneaux*. L'examen de la poitrine fournit les



résultats suivans : en avant et à gauche la résonnance et la respiration sont bonnes ; en arrière matité, respiration bronchique et retentissement de la voix depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à la base. A droite en avant, matité complète depuis le sommet et se confondant en bas avec celle du foie ; la respiration y est nulle, au sommet surtout il y a un souffle très fort, et de la bronchophonie. En arrière de ce côté, matité complète du sommet à la pointe du scapulum ; dans tout le lobe supérieur de cette région, mêmes symptômes qu'en avant ; vers le lobe moyen, râle crépitant accompagné d'un bruit de frottement ou de vibration que l'on peut même apprécier à la main ; retentissement aigre de la voix. Matité du cœur plus considérable que dans l'état normal, battemens précipités, la main en ressent à peine l'impulsion, les bruits sont sourds et éloignés. — Saignée de quatre palettes. Traitement émollient.

19. Face plus altérée, d'un jaune cireux ; prostration profonde ; voix enrouée et entrecoupée ; peau couverte d'une sueur froide et visqueuse ; pouls à 128-132, irrégulier, petit, serré ; 40 inspirations par minute. Intelligence tout à fait perdue ; le malade a un délire continuel, il y a des soubresauts des tendons, de la carphologie. La langue est sèche et croûteuse, les selles sont liquides et ont été rendues dans le lit ; les urines sont neutres, troubles et foncées en couleur, précipitant en blanc par l'acide nitrique. Le caillot de la saignée est mou ; la couenne qui le recouvre est épaisse, infiltrée, jaune et peu ferme ; la sérosité est



légèrement trouble. Le malade ne rend plus de crachats.

Les symptômes locaux de la pleuropneumonie double n'ont pas varié, il existe seulement en plus un peu de gros râle muqueux au sommet droit et en avant. La matité dans la région du cœur est plus considérable que la veille, les bruits sont très sourds, presque imperceptibles.

Le malade est considéré comme sans ressource, on lui pose des vésicatoires aux cuisses.

Mort à cinq heures du soir.

Autopsie, le 20 à dix heures du matin, dix-sept heures après la mort.

Le poumon gauche présente en avant et en bas un peu d'engouement, en arrière il est arrivé au ramollissement rouge, il existe en outre un très léger épanchement.

Dans le côté droit il y a en arrière des fausses membranes très rugueuses qui pendant la vie étaient la cause de la vibration que nous avons notée; il n'existe pas d'épanchement.

Tout le lobe supérieur du poumon droit est transformé en putrilage grisâtre. Le lobe moyen est à l'état de ramollissement rouge, à la base il y a seulement un engouement considérable avec légère crépitation.

Les cavités du cœur sont gorgées de caillots organisés rougeâtres, quelques uns sont d'une couleur ambrée, ils adhèrent presque intimement aux valvules et portent obstacle à leur jeu.



Les autres organes soigneusement examinés n'ont rien offert de remarquable.

Nous n'insisterons pas davantage sur les caractères physiologiques de cette forme, nous en avons dit assez pour donner une idée de son aspect tout particulier, et nous allons dire quelques mots de son étiologie.

Les causes qui donnent lieu à la forme typhoïde sont dans quelques cas les influences épidémiques; si nous en croyons les auteurs des siècles derniers, tels que Gui de Chauliac, Huxham, Lepecq de la Clôture, Stoll, Joseph Franck, etc., ils auraient observé cette espèce de pneumonie régner d'une manière épidémique. Sans rejeter ces observations d'une manière absolue, on ne nous blâmera pas de mettre la plus grande réserve dans l'adoption de faits de cette nature, observés avant la découverte de l'auscultation et sans même qu'on ait eu recours à la percussion. Pinel dit que cette forme règne d'une manière endémique à la Salpêtrière, et cela tient, nous n'en doutons pas, à toutes les circonstances individuelles des personnes qui habitent cet hospice. En effet, l'âge avancé, une constitution débilitée, le tempérament nerveux, un état cachectique quelconque, etc., sont des causes qui prédisposent évidemment à cette forme de la pneumonie.

L'étendue de la phlegmasie aux deux poudons, sa localisation aux deux sommets, les lésions traumatiques, les grandes opérations chirurgicales, les complications qui peuvent se développer, la durée prolongée de la phlegmasie, un traitement irrationnel, et enfin toutes les causes qui peuvent produire



une viciation profonde de l'hématose et de l'innervation peuvent amener la production de cette pneumonie spéciale.

La marche de cette forme est très insidieuse, souvent les symptômes adynamiques ou ataxiques se développent brusquement, quelquefois ils se montrent peu à peu et augmentent graduellement d'intensité; elle survient tantôt primitivement, tantôt elle est consécutive à d'autres formes. Elle offre aussi quelquefois des exacerbations et des rémissions assez marquées, enfin, il existe sous ce rapport un grand nombre de nuances suivant les circonstances concomitantes, etc. Sa durée est ordinairement courte; les phénomènes qui la caractérisent sont tellement graves qu'ils ne peuvent persister long-temps sans que la vie soit compromise. En effet, si nous consultons nos observations, nous voyons que les huit malades qui ont présenté cette forme ont tous succombé du deuxième au cinquième jour de leur entrée; c'est dire assez combien le pronostic est funeste, toutefois il sera moins grave lorsque les symptômes typhoïdes tiendront à la localisation de la pneumonie aux sommets que lorsqu'ils dépendront d'un ramollissement gris, d'un vaste abcès, d'une gangrène, etc., ou qu'ils seront dus à une grave complication.

Le diagnostic de cette forme offre de grandes difficultés, et d'abord, pour reconnaître la pneumonie, plusieurs élémens peuvent quelquefois manquer; ainsi il arrive dans certains cas qu'il y a absence de crachats ou que le point de côté n'est point ressenti ou



accusé; souvent aussi l'état intellectuel du malade ne permet pas d'obtenir de lui des renseignemens, et tout l'appareil de symptômes étrangers qu'on observe peut détourner l'attention de l'examen de la poitrine; enfin lorsqu'on l'examinera, le plus souvent les signes qui existent suffiront pour faire reconnaître la pneumonie, mais dans certains cas, on pourra éprouver quelque incertitude; ainsi, par exemple, lorsqu'il n'existera qu'un gros râle muqueux de gargouillement et un peu de souffle voilé, il sera permis de rester dans le doute. Un second point de diagnostic non moins important à établir sera la connaissance de la cause de cette forme, il faudra donc rechercher si elle tient à une altération propre *sui generis* du poumon, ou si elle est due à une maladie concomitante dont les effets viennent se mêler à ceux de la pneumonie.

Cette distinction n'est pas toujours facile. L'examen des causes qui ont précédé l'invasion de la maladie, l'âge et la constitution du sujet, le rapport ou la disproportion qui existent entre l'étendue, le degré de la pneumonie et les symptômes typhoïdes existans, l'ordre suivant lequel se sont montrés ces symptômes et ceux de l'inflammation, pourront, dans beaucoup de cas, éclairer cette partie du diagnostic; mais lorsqu'on n'a pas assisté au commencement de la maladie, qu'on n'a pu suivre la marche et le développement de cette forme, une partie importante de ces élémens de diagnostic manque à l'observateur, et il ne peut souvent former que des présomptions plus ou moins fondées. Dans tous les cas, il devra scruter avec le



plus grand soin l'état de tous les organes dont la lésion pourrait être la cause des accidens typhoïdes observés, et après cet examen attentif, il lui sera possible quelquefois de faire la part des symptômes dépendant uniquement de la lésion pulmonaire et de ceux qui tiennent à une cause étrangère.

Il nous est impossible, on le sent, d'entrer dans tous les détails de cette longue question de diagnostic. Nous avons dû nous borner à en indiquer les points principaux.

Le traitement de cette forme de la pneumonie mérite de notre part un examen sérieux. Les auteurs dont nous avons déjà parlé au commencement de ce chapitre pensaient que cette forme exigeait l'emploi de moyens spéciaux, différens de ceux que réclamait la forme franche. Ainsi ils faisaient un grand usage du quinquina, du camphre, du musc, de l'opium, du vin et d'autres stimulans tels que la mélisse, la cannelle, etc. Malheureusement, comme nous l'avons déjà dit, leur autorité ne suffit pas pour démontrer qu'ils traitaient et guérissaient ainsi des pneumonies. Dans l'état actuel de la science on ne peut procéder ainsi et donner un traitement identique pour une forme qui, comme celle dont nous nous occupons, peut être produite par tant de causes diverses. Aussi est-il indispensable de faire des distinctions; lorsque les symptômes d'adynamie et de prostration dépendent seulement de l'intensité, de l'étendue et de la localisation de l'inflammation, la méthode antiphlogistique est la seule qui convienne, et elle doit être employée



avec une grande énergie; lorsque la forme typhoïde tient à une disposition spéciale existant chez certains individus qui, à l'occasion d'une inflammation, même peu intense, tombent dans un état de prostration remarquable, ou présentent des symptômes nerveux plus ou moins graves, le traitement antiphlogistique devra être modifié, les émissions sanguines devront être faites avec plus de précaution, des révulsifs dans le premier cas, et des applications de sangsues au cou ou derrière les oreilles dans le second, pourront utilement être employées pour combattre les symptômes nerveux.

Lorsque l'appareil typhoïde tient à un âge avancé, à une constitution débilitée, à un état cachectique, etc., les émissions sanguines doivent être essayées avec beaucoup de prudence; et suivant les résultats d'une première tentative, on pourra les continuer ou les remplacer par de puissans révulsifs à la peau, par l'émétique à dose vomitive, et dans quelques cas même, par de légers toniques à l'intérieur, ou par quelques stimulans diffusibles plus ou moins énergiques, comme M. Chomel le recommande et ainsi que M. Hourmann l'a tenté avec succès à la Salpêtrière.

Lorsque ces mêmes symptômes sont produits par le degré extrême de l'altération pneumonique, par le ramollissement gris, le traitement antiphlogistique est pour ainsi dire impuissant; du moins nous l'avons vu échouer dans tous les cas, à l'exception peut-être d'un seul dont nous n'avons pu retrouver l'observation. C'est surtout dans ces circonstances que nous pen-



serions pouvoir mettre en usage, avec le plus de chances de succès, l'émétique à haute dose. Pendant que nous étions chargés d'un service médical à l'hôpital St-Antoine, nous avons été témoin, en novembre dernier, d'un cas de ce genre où la médication controstimulante nous a fait obtenir un succès inespéré; nous nous bornerons à le raconter en peu de mots.

Un vieillard de 66 ans fut apporté dans un état de prostration extrême et même d'état comateux commençant, on nous dit qu'il était malade depuis 15 jours; nous vîmes sur sa chemise et près de sa bouche des crachats liquides, diffluens, offrant la couleur exacte de *jus de pruneaux*; il avait la langue sèche, noirâtre, le pouls faible, mou, peu fréquent, la peau froide et visqueuse. Après avoir examiné à grand'peine sa poitrine, nous trouvâmes en arrière depuis le sommet jusqu'à la base une matité complète et un souffle énorme. Après lui avoir difficilement arraché quelques paroles incohérentes, nous pûmes également constater une bronchophonie étourdissante.

Ayant appris qu'il n'avait eu ni vomissement ni diarrhée, nous crûmes devoir essayer, sans espoir de succès, mais pour n'avoir rien à nous reprocher, l'émétique à haute dose. Le lendemain, à notre grande surprise, le malade vivait encore; nous continuâmes pendant huit jours la même médication, nous y joignîmes seulement le troisième jour deux larges vésicatoires aux mollets, et le quinzième jour après son entrée le malade était guéri et mangeait les trois quarts de portion.



Cette guérison, que nous donnons comme une heureuse exception, nous enhardirait à employer dans des cas semblables, et lorsque les saignées sont impossibles, la médication contro-stimulante.

Enfin, lorsque l'état typhoïde résulte de l'existence d'une phlegmasie gastro-intestinale, d'une phlébite, d'une affection cérébrale, etc., le traitement doit subir diverses modifications dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer.

Nous nous bornerons à ces principes généraux pour le traitement de cette forme; sans doute elle présente encore d'autres nuances qui devront faire varier les agens thérapeutiques, mais nous devons, dans un travail comme celui-ci, nous borner à indiquer les traits principaux en négligeant des détails importants sans doute, mais qui nous entraîneraient trop loin.

FORME AIGUE LOBULAIRE. Cette forme de la pneumonie a reçu différentes dénominations, c'est elle que certains pathologistes ont décrite sous les noms de *fausse péripneumonie*, de *pneumonie bâtarde*, *capillaire*; c'est sans doute la *peripneumonia notha, spuria*, de Sydenham et de quelques autres auteurs anciens. Dans ces derniers temps, on lui a aussi donné les noms de *disséminée*, de *mamelonnée* et de *partielle*, quoique cette dernière dénomination ne soit pas aussi juste.

Dans cette forme, l'inflammation au lieu d'occuper une partie plus ou moins considérable, mais continue, du parenchyme pulmonaire, est limitée à quelques noyaux isolés épars çà et là au milieu d'un tissu sain ou



plus ou moins altéré. Les poumons examinés à l'extérieur sont rosés, grisâtres, à moins qu'une partie des noyaux indurés ne se trouvent exister à leur périphérie; ces organes présentent alors dans ces points des taches violettes qui tranchent sur la couleur générale. Le poumon pressé entre les doigts crépite et donne, lorsqu'il est fortement comprimé, la sensation de petites boules qui se déplacent légèrement par une pression latérale.

A la section, le tissu pulmonaire présente ces portions hépatisées, dont la forme arrondie ou ovalaire a un volume qui varie de celui d'un gros grain de chenevis à celui d'un œuf de pigeon; elles présentent une saillie sur le reste du tissu que la section a affaissé, elles sont d'un aspect lisse et net, d'une densité qui les fait précipiter au fond de l'eau lorsqu'elles sont parfaitement isolées, d'une coloration violette au début, puis rouge et d'un gris jaunâtre, et enfin leur sécheresse est telle que le râclage du scalpel n'en fait suinter aucun liquide; dans d'autres cas elles sont arrivées à l'état de petits abcès circonscrits.

Ces noyaux n'ont pas ordinairement de siège déterminé, cependant M. Delaberge dit avoir remarqué qu'ils occupent plus généralement les parties centrales, vers la racine des bronches. Cette altération des lobules coïncide quelquefois avec l'engouement des parties déclives du poumon, avec les différens degrés de la phlegmasie lobaire, la dégénérescence tuberculeuse, etc. Suivant les auteurs, la pleurésie n'accompagne presque jamais cette forme de la pneumonie. Si l'on exa-



mine les petites bronches, on les trouve presque toujours rouges, ramollies ou épaissies, quelquefois même dilatées. Ces altérations sont ordinairement d'autant plus tranchées, que les bronches avoisinent de plus près les points malades.

Les symptômes de cette forme de la pneumonie diffèrent beaucoup de ceux des deux premières; mais elle se confond dans certains cas avec la précédente.

Les accidens fébriles sont ordinairement très prononcés, le pouls bat avec une grande fréquence, les mouvemens de la respiration sont très précipités; plus tard, lorsque l'altération a fait des progrès, le pouls perd de sa dureté, il devient inégal, intermittent, la dyspnée devient extrême et se change en véritable suffocation.

La toux est souvent humide, accompagnée d'un râle trachéal qui s'entend à distance; quelquefois elle est sèche, peu sonore, très fréquente; les crachats manquent le plus souvent chez les enfans et les vieillards, chez les adultes ils sont blancs, filans, mousseux, quelquefois très légèrement jaunâtres et visqueux, mais jamais parfaitement caractérisés. Le cri chez les enfans devient plus faible, plus sourd à mesure que l'affection marche, et finit même par cesser tout à fait. Enfin la face est souvent altérée, anxieuse, les lèvres bleuâtres ou décolorées, et la physionomie offre le caractère d'une suffocation plus ou moins imminente.

La percussion du thorax ne fait reconnaître aucune matité, et l'on en conçoit facilement la raison; l'auscultation ne fait entendre non plus ni râle crépitant ni respiration bronchique. Cependant le bruit respiratoire est ordinairement altéré, la bronchite capil-



laire concomitante se manifeste toujours par des râles muqueux, ronflant, sibilant, sous-crépitant, tellement prononcés quelquefois qu'ils suffiraient pour masquer les symptômes propres à l'hépatisation, quand bien même les noyaux enflammés seraient assez volumineux et assez superficiels pour produire quelques bruits caractéristiques.

Dans d'autres cas M. Andral a noté une respiration vésiculaire aussi pure, aussi profonde, aussi complète que dans les cas où l'air ne trouve nulle part d'obstacles. Ce professeur a observé souvent alors un phénomène qui le plus ordinairement se produit lorsqu'un certain nombre de tubercules se sont formés au sein du parenchyme pulmonaire, c'est à dire un bruit d'expiration augmentant ou diminuant suivant que la maladie s'aggravait ou marchait vers sa terminaison. L'examen du sang et des urines participe ordinairement dans cette forme aux caractères décrits dans la pneumonie typhoïde.

Les causes qui donnent naissance à cette forme de la maladie sont certaines épidémies régnantes; on en a en effet constaté un assez grand nombre d'exemples dans les diverses épidémies de grippe survenues depuis quelques années; elle accompagne quelquefois les fièvres éruptives, et particulièrement la rougeole; enfin on l'a vue se développer dans certains cas de fièvre typhoïde. La question de l'âge est une circonstance importante dans la production de cette forme. MM. Gerhard et Rufz ont avancé qu'elle ne se rencontrait jamais après l'âge de cinq ans; cependant MM. Burnet et Delaberge en ont cité des exemples



bien constans chez des enfans de huit et même de treize ans. M. Bouillaud en a observé quelques cas sur des adultes atteints de rougeole et d'entéro-mésentérite; enfin M. Rostan a dit avoir souvent observé cette maladie durant le cours de ses études cliniques à la Salpêtrière; la fréquence des catarrhes chez les vieillards, la difficulté de la respiration, les troubles si fréquens de la circulation qui déterminent l'engouement pulmonaire semblent, ajoute M. Delaberge, pouvoir expliquer ici la présence de la maladie.

Il est vrai de dire cependant que cette forme de la pneumonie est plus particulière au jeune âge qu'à tout autre. M. Delaberge a cherché à expliquer la raison de cette préférence par les considérations suivantes :

1° Le poumon des enfans est plus dense que celui des adultes, et les vésicules y sont plus nombreuses, ce qui rend la circulation capillaire plus multipliée et l'hyperémie plus fréquente;

2° Le nombre des contractions du cœur est plus grand chez l'enfant que chez l'adulte, d'où il suit que le poumon reçoit, dans un temps donné, une plus grande quantité de sang;

3° La rougeole, la coqueluche, si fréquentes chez les enfans, donnant lieu le plus souvent à une bronchite capillaire, favorisent ainsi le développement de cette forme de la pneumonie. Les deux premiers motifs ne nous semblent pas tout à fait concluans.

D'autres fois c'est à la suite d'un long catarrhe, d'une affection aiguë ou chronique siégeant dans les voies digestives, que l'on voit les sujets affaiblis présenter les signes de la pneumonie lobulaire. Le



décubitus dorsal prolongé semble favoriser aussi sa production.

La marche de cette forme offre quelquefois deux périodes distinctes, l'une sthénique, qui se montre la première et est accompagnée d'une réaction inflammatoire vive, l'autre asthénique, qui succède à celle-ci et dans laquelle, les symptômes de réaction disparaissant en partie, la maladie semble passer à une sorte d'état chronique.

La durée de la pneumonie lobulaire est quelquefois assez longue; il serait du reste fort difficile de la préciser, son début et sa résolution n'offrant pas toujours des caractères tranchés; nous dirons cependant que dans les cas où elle est accompagnée d'une bronchite capillaire très étendue dans l'un et l'autre poumon, elle amène rapidement l'asphyxie. Son pronostic est très grave tant sous le rapport de la lésion productrice qu'en raison de l'âge des sujets qu'elle affecte, des maladies avec lesquelles elle survient, de l'état d'épuisement où sont quelquefois les malades lors de son apparition, etc.

Son diagnostic présente de grandes difficultés; cependant il n'est pas toujours impossible. A part les cas signalés par M. Andral, c'est ordinairement en comparant la gravité des symptômes généraux, tels que la fièvre, la dyspnée, l'anxiété du malade, avec l'absence presque totale des signes de la pneumonie franche qu'on parvient par exclusion à diagnostiquer la pneumonie lobulaire. Pour arriver à la solution de cette question, M. Bouillaud nous semble donner des



regles générales très rationnelles. « En supposant que  
 » les signes positifs de la pneumonie, dit ce profes-  
 » seur, manquassent dans cette importante forme de  
 » la pneumonie, ceux de la bronchite capillaire ne sau-  
 » raient être méconnus, et dès lors il y aurait peu  
 » d'inconvéniens à ne pas diagnostiquer la pneumonie.  
 » Mais toutes les fois que dans une fièvre éruptive  
 » l'affection catarrhale qui l'accompagne persiste plu-  
 » sieurs jours avec une grande intensité, que la peau  
 » est chaude et sèche, le pouls fréquent (à 120, 130 et  
 » au delà), la respiration fréquente et très difficile,  
 » il est presque certain, malgré l'absence du râle cré-  
 » pitant, de la matité et des crachats rouillés, que la  
 » bronchite est compliquée de pneumonie lobu-  
 » laire. »

Le traitement de cette forme particulière de pneumonie n'est point aussi facile que dans les formes franches ou bilieuses. Dans la première période, quand le pouls est plein, large, il ne faut point hésiter à recourir à un traitement antiphlogistique assez énergique. Ainsi, on fera une ou plusieurs saignées, suivant l'âge du sujet, sa constitution, son état de débilité antérieure. Chez les adultes on pourra seconder efficacement ce moyen par l'application répétée de ventouses ou de sangsues et de larges vésicatoires sur les parois thoraciques; M. Delaberge blâme l'emploi de ces moyens chez les jeunes enfans. Nous ajouterons encore, au sujet des émissions sanguines, qu'il est plusieurs circonstances, dans le détail desquelles il serait superflu d'entrer, qui doivent rendre très circonspect dans l'emploi de ces



moyens, et même peuvent exiger leur éloignement complet.

On a conseillé encore, pour les enfans, l'ipécacuanha donné à doses expectorante ou vomitive; enfin, lorsque la période sthénique sera traversée, on donnera avec avantage une légère infusion de baies de genièvre, une décoction de bourgeons de sapin du Nord, etc.

Nous ne saurions mieux terminer l'article du traitement de la forme lobulaire qu'en transcrivant ici l'opinion de M. Bouillaud sur ce point, un des plus délicats de la pratique: « J'ai surtout expérimenté les » émissions sanguines dans les péripneumonies dites » *fausses*, qui accompagnent les fièvres éruptives, et » j'avoue qu'elles ne se sont pas montrées aussi héroïques dans cette espèce que dans celle dont il a été » question dans le § 1<sup>er</sup> (les pneumonies franches). Il » ne faut point oublier que dans les cas dont il s'agit, la » pneumonie n'est, pour ainsi dire, qu'un accident ou » du moins qu'un des élémens de la maladie complexe que l'on a à combattre, et qui reconnaît pour » cause un agent spécifique. Que si donc les émissions » sanguines ne triomphent pas aussi facilement ici » que dans les cas de pneumonie franche, c'est que » l'élément péripneumonique n'est pas toute la maladie; c'est qu'il se trouve combiné avec d'autres » élémens morbides, avec une infection, une sorte » d'empoisonnement du sang par exemple, contre » lesquels les émissions sanguines ont moins de prise; » c'est que surtout nous n'avons pas le moyen de



» neutraliser la cause spécifique des effets que nous observons, et qui doivent persister jusqu'à l'extinction de cette cause. »

FORME HYPOSTATIQUE. La lésion organique qui constitue la forme dont nous allons traiter est regardée par beaucoup de pathologistes comme le résultat d'une simple congestion, et cela avec d'autant plus de raison, que plusieurs des malades observés qui ont été cités, offraient plus évidemment cette forme d'altération qu'une véritable hyperémie active.

Toutefois, des descriptions bien exactes n'ont pu laisser douter que, dans certains cas, le sang accumulé dans les parties déclives des poumons par l'effet de la pesanteur réagissait non seulement d'une manière mécanique sur les points obstrués par sa présence, mais qu'il pouvait déterminer les phénomènes particuliers de l'inflammation.

Ce qui caractérise donc spécialement cette forme, c'est moins la nature intime de l'altération phlegmasique que le mode particulier et tout à fait physique suivant lequel elle se produit.

Après ces observations préliminaires qui ont surtout pour but d'établir nos réserves, et de limiter aussi exactement que possible le sens que nous voulons donner à la pneumonie hypostatique, nous allons entrer dans la description des altérations qui caractérisent cette forme.

Plusieurs des lésions anatomiques de cette pneumonie lui sont communes avec la pneumonie proprement dite ; nous n'y reviendrons pas ; nous nous con-



tenterons d'indiquer les caractères spéciaux à la forme que nous décrivons actuellement.

C'est presque constamment à la racine du poumon que la pneumonie hypostatique a son siège. Les limites qui séparent les points affectés des parties saines ne sont point divisées par lobes ou lobules; ici c'est toute la masse pulmonaire déclive par rapport aux autres parties du poumon dans le décubitus dorsal qui est seule altérée.

L'altération va même en diminuant de la partie la plus basse à celle qui lui est supérieure, de telle sorte que si elle est au troisième degré en bas, elle est au deuxième degré plus haut, au premier un peu au dessus, et il n'y a d'autre altération en haut que la présence de mucosités spumeuses dans les bronches, lésion anatomique propre à l'asphyxie produite par l'écume bronchique. Si l'on examine le poumon en place ou détaché, on constate qu'une ligne assez exactement de niveau sépare les points affectés de ceux qui sont restés à l'état sain; toutes ces particularités, on le conçoit, sont la conséquence de la cause purement physique qui produit cette variété de la pneumonie. Enfin les deux poumons sont envahis simultanément, mais le droit, dans la grande majorité des cas, paraît plus gravement affecté que le gauche, et il est fort rare de voir la pleurésie venir compliquer cette pneumonie.

M. Piorry, qui a fait un excellent Mémoire sur la forme qui nous occupe, l'a divisée en quatre degrés.

Dans le premier, la maladie étant supposée simple



et dégagée de toute complication, le début reste souvent inaperçu; il n'y a point encore de réaction fébrile, les symptômes locaux sont bornés à une légère matité existant vers la partie postérieure; il n'existe quelquefois ni dyspnée, ni toux, ni crachats; l'auscultation ne fait entendre aucun râle, la respiration est seulement faible ou même nulle dans une étendue peu considérable.

Il est évident que d'après cet ensemble de symptômes la pneumonie n'existe pas encore; nous accordons bien que la prolongation de cet état peut l'amener, plusieurs circonstances venant en aide, mais la phlegmasie n'est pas déclarée. Quelquefois cet état se maintient une à deux semaines, mais dans le plus grand nombre de cas le deuxième degré survient rapidement.

Dans ce second degré on constate une respiration accélérée, de la toux, des crachats variables pour la couleur et la densité; ils sont tantôt jaunes, verdâtres, tantôt d'un rouge opaque, etc.; le pouls se développe, il devient souvent dur et fréquent; la peau est chaude, sèche, il y a ordinairement un peu d'engourdissement des sens et de l'intelligence.

Si l'on percute la poitrine en arrière, on trouve une matité plus ou moins considérable, l'auscultation fait entendre toujours un râle fort, bruyant, dû à l'écume bronchique, et quelquefois en outre des râles sibilans, sous-crépitan, et même tout à fait crépitans.

Dans ce degré, nous admettons qu'il peut y avoir



quelquefois un véritable état inflammatoire du poumon.

Si le malade ne succombe pas à l'asphyxie causée par l'écume bronchique, s'il conserve assez de force pour qu'une expectoration suffisante ait lieu, la maladie fait de nouveaux progrès et passe au troisième degré; dans cette période, tous les signes locaux augmentent d'intensité : la matité est plus considérable, plus dure sous le doigt, la dyspnée est plus grande, la toux plus fréquente et plus douloureuse, et le cortège des symptômes généraux des fièvres graves se manifeste. A partir de ce moment, la maladie rentre dans une des espèces de la forme typhoïde précédemment décrite. L'élément pathologique qui répond à ce degré est, suivant M. Piorry, le ramollissement rouge.

Enfin dans une période dernière constituée par la fonte purulente du tissu pulmonaire, les symptômes n'acquièrent pas de caractères nouveaux et pathognomoniques. Le précieux signe des crachats *jus de pruneaux*, donné par M. Andral, manque le plus souvent, l'expectoration n'ayant plus lieu. Rarement aussi on entend un gros râle de gargouillement, indice de l'action de l'air dans des cavités remplies de pus, de telle sorte que c'est plutôt par l'extrême gravité de l'état général que par la présence des symptômes directs que ce degré se révèle à l'observateur.

Nous n'avons décrit ici à dessein que les phénomènes produits uniquement par l'altération du poumon, il est à peine nécessaire d'ajouter qu'ils peuvent être modifiés par toutes les affections qui ont aidé à la produc-



tion de cette forme ou qui sont venus la compliquer.

Les causes qui peuvent amener la pneumonie hypostatique sont de deux ordres.

1° Toutes les causes mécaniques qui favorisent l'abord du sang dans les parties déclives du poumon.

2° Toutes les influences organiques ou vitales qui maintiennent cette stagnation du sang dans ces mêmes parties.

Ainsi dans la première série seront toutes les causes qui nécessitent un coucher prolongé en supination; les maladies de long cours, un embonpoint considérable qui empêche de changer la position qu'on occupe dans le lit, etc.

Dans la seconde nous rangerons un état de plénitude du système vasculaire sanguin, des obstacles mécaniques existant dans l'organe central de la circulation, une dilatation des cavités du cœur, tout ce qui en un mot peut diminuer l'énergie ou le nombre des contractions de ce viscère; les catarrhes chroniques et les efforts de toux continuelle qui en sont la conséquence; enfin l'âge avancé et tout affaiblissement général de l'organisme, quelle qu'en soit la cause première. Ces deux ordres d'influences concourent au même but, ils s'enchaînent et se tiennent de telle sorte que l'un d'eux n'existant pas, la forme hypostatique pourra ne pas être produite.

D'après ce qui précède, il est évident que les vieillards seront singulièrement prédisposés à présenter cette physionomie de la pneumonie.

Nous n'insisterons pas sur la nature de cette forme



spéciale; puisque nous l'avons comprise dans notre cadre, il est évident que nous la reconnaissons pour un mode d'inflammation du poumon, mode qui diffère de la forme inflammatoire franche par son origine toute mécanique, toute congestionnaire, et par l'état individuel des malades qui en sont atteints.

La marche de la pneumonie hypostatique est lente suivant M. Piorry, qui admet la pneumonie là où il n'y a encore que simple congestion; mais pour nous qui ne pouvons partager cette manière de voir et qui ne la reconnaissons que lorsque le sang et les autres liquides stagnans commencent à réagir sur les tissus de manière à développer tous les phénomènes de l'hyperémie active, nous dirons que la marche en est ordinairement rapide, que les symptômes se dessinent pour ainsi dire d'heure en heure, et arrivent assez promptement au degré le plus avancé.

Cette variété de la pneumonie est toujours grave. La nature de la cause productrice, indiquant déjà cette diminution si grande de l'action vitale qui permet que les phénomènes physiques aient pu déjà prendre le dessus, doit faire présager que l'organisme aura bien peu de ressources à opposer à l'action destructive de l'altération pulmonaire. Toutefois cette gravité présente des degrés suivant la période où la maladie est observée, l'état particulier des sujets, et la présence ou l'absence de lésions concomitantes, etc.

Le diagnostic offre plusieurs difficultés; et d'abord le début étant insidieux et obscur, on n'est point porté à faire dès les premiers momens l'examen



de la partie postérieure de la poitrine ; et en second lieu, quand l'attention est éveillée sur ce point, on éprouve encore de la difficulté à diagnostiquer positivement dans tous les cas une pneumonie ; la considération d'un coucher prolongé sur le dos, chez un individu présentant les prédispositions dont nous avons parlé, la matité, cette matité particulière cessant sur une ligne bien déterminée, différens râles et quelquefois le crépitation, les crachats dans quelques cas et surtout le mouvement fébrile ainsi que la difficulté extrême de la respiration, pourront mettre sur la voie pour le diagnostic de cette forme spéciale.

Le traitement qu'on doit mettre en usage dans ces circonstances est, suivant nous, très restreint. Après avoir changé le décubitus dorsal, il sera possible chez les sujets qui ont beaucoup de sang de faire quelques saignée dans le but de diminuer la congestion qui existait dans le poumon, mais il sera très important de régler avec une extrême prudence l'abondance et le nombre des émissions sanguines suivant l'état du pouls du malade, suivant son degré de force physique et morale, son âge, et les différentes complications existantes. On conçoit ici qu'il nous est impossible d'entrer dans plus de détails, chaque individu réclamant quelques modifications dans l'application de cette thérapeutique.

Peut être aussi dans cette forme, si les voies digestives sont en bon état, pourra-t-on essayer l'émétique à dose vomitive ou rasorienne ? Dans l'un et l'autre de ces cas, les efforts de vomissemens pourront amener



mécaniquement une sorte de dégorgement de la congestion sanguine existant dans les poumons, en même temps qu'ils aideront à l'expulsion des mucosités nombreuses qui obstruent les canaux bronchiques.

Enfin, M. Piorry dit s'être servi avec quelque avantage de quelques moyens propres à stimuler les organes circulatoires, à ranimer l'innervation, tels qu'un vin généreux et différens autres excitans. Ces moyens pourront peut-être dans certains cas bien déterminés, trouver une utile application. Nous sommes forcés de nous borner à ces considérations générales dans l'histoire de ce traitement.

FORME LATENTE. Plus on avance dans la voie d'une observation rigoureuse et constante, moins on rencontre ces cas de maladie dites *latentes*, mot commode, mais dangereux, qui le plus souvent n'a servi qu'à déguiser un manque d'observation suffisante ou d'éducation médicale complète. Aussi maintenant la dénomination de *maladies latentes* devient elle de plus en plus restreinte dans un sens absolu et ne signifie-t-elle plus que maladies qui ne se révèlent pas aux yeux de l'observateur par l'ensemble de tous leurs symptômes ordinaires.

Cette manière d'envisager la pneumonie diffère entièrement de celles dont nous venons de nous occuper. Dans les cas précédens, tantôt la forme était modifiée, soit par un appareil nouveau de symptômes concomitans, soit par la disposition spéciale dont le tissu pulmonaire était envahi. Dans ce nouveau point de vue, nous ne considérerons que le fait de l'obscurité



ou de la non existence des caractères distinctifs de la pneumonie, cette phlegmasie existant cependant bien réellement.

Toutes les variétés de pneumonie que nous avons décrites, peuvent présenter cette forme spéciale; ainsi envisagées, la pneumonie lobulaire et l'hypostatique sont presque toujours des pneumonies latentes, en ce sens qu'elles ne présentent pas cet ensemble correct et régulier de symptômes qui caractérisent la pneumonie franche prise pour type. Nous pouvons en dire autant de la forme bilieuse et typhoïde qui peuvent, mais plus rarement, ainsi que nous l'avons fait sentir à l'article de leur diagnostic, présenter quelque obscurité dans leurs signes généraux ou locaux et mériter ainsi la dénomination de pneumonie latente.

Toutefois, il est une circonstance anatomique qui, en dehors de toutes les modifications dont nous avons déjà traité, peut déterminer une forme latente dans la pneumonie : nous voulons parler du développement de la phlegmasie dans une partie centrale du poumon. Dans ce cas aussi, pour que la pneumonie reste latente, il faut que la lésion ne soit pas très étendue : ces deux circonstances font que les signes locaux de cette maladie manquent quelquefois complètement. « Il m'est » plusieurs fois arrivé, dit M. Chomel à cette occasion, » de voir des malades qui rendaient des crachats vis- » queux et sanguinolens et offraient tous les autres » signes rationnels de la pneumonie, chez lesquels » l'auscultation de la poitrine, répétée dans tous ses » points par plusieurs personnes, chaque jour pendant



» tout le cours de la maladie, n'a fourni à aucune époque que aucun de ses signes ordinaires. »

Dans ces cas, la présence des crachats, le mouvement fébrile et la dyspnée sont les seuls symptômes qui indiquent l'existence de l'inflammation pneumonique. Le point de côté, les râles, le souffle et la matité, manquent complètement, et le murmure vésiculaire s'entend partout sans altération.

Ce cas particulier est en général peu grave, en raison du peu d'étendue de l'altération pulmonaire.

Son traitement n'offre pas de modifications importantes à ce que nous avons déjà dit, nous ajouterons seulement qu'il doit être en général beaucoup moins énergique que dans la forme franche évidente.

Nous avons recueilli trois cas de pneumonie dont la forme latente était due à cette cause, nous croyons devoir terminer l'esquisse de ce tableau en publiant ici une de ces observations.

Un homme de trente-six ans, mégissier, d'une forte constitution, peau brune, cheveux noirs, œil brun, entre à la Clinique le 6 avril 1835. Il nous dit avoir éprouvé il y a quatre jours, à la suite d'un refroidissement, une courbature générale, et un mal de tête violent; la fièvre est aussi survenue, il a toussé et expectoré des crachats rougeâtres, qui, suivant lui, contenaient du sang. Il dit que sa respiration était très gênée, sans éprouver toutefois de point de côté notable. Pour tout traitement il a bu quelques verres de vin chaud.

Nous le trouvons le 7 dans l'état suivant: Figure



rouge, œil injecté, peau d'une chaleur assez forte avec moiteur, pouls à 100, plein, dur, précipité, 28 inspirations par minute, crachats rouillés, visqueux, adhérens au vase et demi-transparens, légère douleur de côté, à droite. La poitrine, percutée dans tous les points, ne donne nulle part de matité, la respiration se fait complète et pure dans toute l'étendue sans râle ni bruit anormal. Le foie ne déborde pas; il n'y a rien d'anormal du côté des voies digestives. (Une saignée de 4 palettes, ventouses scarifiées en arrière à droite, 3 palettes, traitement émollient, diète.)

8. Crachats à peine rouillés, moins visqueux. Couenne épaisse et résistante sur un caillot fort, dense et retroussé, sérosité claire, citrine. La face est moins colorée, la peau d'une bonne chaleur, moiteur générale, pouls à 80, plein, sans dureté, douleur de côté nulle, 20 inspirations. La percussion et l'auscultation fournissent le même état normal de la veille. (Traitement émollient, diète.)

9. Pouls à 72 pulsations, 16 inspirations par minutes. Visage exprimant le bien être et la santé. La respiration est dans le même état que le premier jour. Convalescence, deux bouillons. Le lendemain il est mis au 1/8 d'alimens, et le 15 il sort complètement rétabli.

Dans d'autres circonstances, la pneumonie peut être dite latente en raison du peu de dyspnée qu'elle occasionne. Ainsi M. Andral parle de certains vieillards dont les poumons emphysémateux ont subi un degré de raréfaction tel qu'ils n'ont plus besoin pour



respirer sans gêne que d'une quantité d'air moins considérable que celle qui leur serait nécessaire si leur poumon présentait une autre condition de structure. Ne peuvent-ils pas dès lors, ajoute le même pathologiste, supporter plus impunément le nouvel obstacle qu'apporte à l'entrée de l'air dans les vésicules l'hépatisation du tissu pulmonaire? Ne peut-on pas penser aussi que la largeur plus grande des cellules aériennes permet à l'inflammation de s'accroître beaucoup et d'engorger leurs parois, plus fortement même que chez l'adulte, avant qu'elle ne parvienne à combler les larges espaces dans lesquels l'air doit se répandre. Dans ces cas aussi, les symptômes locaux sont en général peu prononcés: ainsi, la toux est rare, les crachats sont ceux du catarrhe, ou s'ils sont légèrement rougeâtres, ils n'ont pas cette transparence et cette couleur rouillée qui caractérise les pneumonies franches. Toutes ces circonstances concourent donc à donner à ces phlegmasies la forme latente.

Enfin la pneumonie peut être dite latente par cela seul qu'elle survient dans le cours d'autres affections, telles que la phthisie pulmonaire, les fièvres graves, etc., et que ces symptômes sont obscurcis, déprimés par ceux de l'affection concomitante.

Il est bien entendu que nous n'avons à indiquer, à l'occasion de ces pneumonies latentes, ni diagnostic ni traitement spéciaux; cette forme n'étant distinguée des autres que par sa manière occulte d'exister.

Nous touchons au terme de notre travail, plusieurs autres formes de la pneumonie existent encore il est



vrai; mais nous avons cru devoir pour différentes raisons les écarter de notre tableau. Ainsi la pneumonie traumatique qui se manifeste à la suite des plaies pénétrantes de la poitrine, présente encore une physiologie toute spéciale, mais nous avons pensé que la nature du concours actuel nous prescrivait de laisser de côté un point de vue qui ressort plus évidemment de la pathologie externe.

Nous n'avons pas dû non plus nous occuper d'une forme particulière admise par MM. Hourmann et Dechambre sous le nom de *pneumonie interlobulaire*. Cette espèce qui, selon ces observateurs, se révélerait sur le poumon par une coupe parfaitement lisse, sans granulation et formant un tissu pour ainsi dire homogène, n'est point encore admise par tous les observateurs, et il est nécessaire que quelques recherches ultérieures viennent confirmer ces premiers aperçus.

Nous en dirons autant pour une forme admise par M. Magendie et attribuée par ce physiologiste à un défaut de coagulabilité du sang.

Enfin la pneumonie chronique qui constitue littéralement une forme importante de la pneumonie a dû être aussi mise de côté, mais par des considérations d'un autre ordre.

Cette question, sous quelque point de vue qu'on l'envisage n'est point encore faite; nous décider à la traiter, c'eût été entreprendre un travail aussi long et plus difficile sans doute que celui auquel nous nous sommes livrés. En effet certains pathologistes pensent que la pneumonie chronique n'existe que très rare-



ment, que son existence même est à peine possible; d'autres, considérant l'inflammation chronique du poulmon comme un des élémens indispensables dans la production et le développement des tubercules, la regardent en ce sens comme très fréquente. Ainsi donc, discuter cette grande question de la formation de ces produits morbides, analyser et apprécier les motifs qui ont fait admettre ou rejeter la pneumonie chronique comme cause productrice de ces altérations, eût été un travail fort important sans doute mais qui nous a paru ne point nous avoir été confié par le Jury. Du reste nous nous en rapportons à son jugement pour décider si nous avons bien compris sa pensée.

De l'ensemble du travail auquel nous nous sommes livré, il ressort une idée générale de la plus haute importance, c'est que les maladies qui paraissent les plus simples, et qui semblent toujours identiques, telles que la pneumonie, par exemple, qui est prise ordinairement pour type d'une affection bien constante, présente cependant des physionomies telles, que les causes, les symptômes, la marche, le pronostic, le traitement de l'une d'elles diffèrent essentiellement de ce qu'ils sont ou doivent être dans une autre, à tel point même que l'on pourrait dire que dans certains cas il serait plus important pour le traitement de diagnostiquer deux formes diverses de la pneumonie, que les inflammations franches de deux organes différens.

L'examen philosophique de cette question doit donc pénétrer l'observateur de cette vérité, déjà proclamée



par un célèbre pathologiste de nos jours, que pour faire une bonne et véritable médecine il faut toujours chercher à distinguer avec soin les différentes formes d'une maladie, et non vouloir ramener tous les cas à une seule.

Il ressort aussi de ces considérations, que pour faire une légitime statistique, il faut commencer par réunir en groupes distincts les différens cas d'une même maladie d'après la forme spéciale qu'ils ont présentée, afin que les résultats qu'on en déduira puissent avoir quelque valeur, non point pour l'histoire de l'affection considérée en général, mais seulement pour celle de chacune des formes qu'on aura envisagées. C'est ainsi qu'un travail de statistique sur la pneumonie, considérée en général, serait nul et sans résultats probans, tandis qu'une statistique bien faite de la pneumonie franche, bilieuse, typhoïde, lobulaire, etc., serait un des ouvrages les plus utiles auxquels un médecin observateur pût se livrer.