

Bibliothèque numérique

medic@

**Vulpian, A.. - Des pneumonies
secondaires**

1860.

Paris : Thunot et Cie

Cote : 90975



Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé
(Paris)

Adresse permanente : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90975x1860x04x13>

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION.

(section de médecine et de médecine légale)

DES PNEUMONIES SECONDAIRES.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le 22 février 1860

PAR A. VULPIAN

Médecin du Bureau central des Hôpitaux,

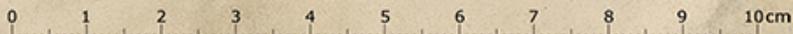
Vice-président de la Société de Biologie, Membre de la Société anatomique, etc.



PARIS

IMPRIMÉ PAR E. THUNOT ET C^o,
RUE RACINE, 26.

1860



REVUE DE MÉDECINE DE PARIS

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

Section de médecine et de médecine légale

DES PNEUMONIES SECONDAIRES
JUGES DU CONCOURS.

MM.

DENONVILLIERS, *président*.

BEAU.

CRUVEILHIER.

DUBOIS D'AMIENS.

GRISOLLE.

MM.

NATALIS GUILLOT.

RAYER.

TARDIEU.

TROUSSEAU.

COMPÉTITEURS.

MM. BARNIER.

BLACHEZ.

CHARCOT.

HERVIEUX.

LABOULBÈNE.

LORAIN.

LUYS.

MM. MARCÉ.

PARROT.

POTAIN.

RACLE.

VIDAL.

VULPIAN.

PARIS

IMPRIMERIE PAR E. THUNOT ET C.

RUE RACINE, 28.

1880

DES PNEUMONIES SECONDAIRES.

DES

PNEUMONIES SECONDAIRES.

Cette définition comprend deux termes distincts. Les pneumonies secondaires, comme le mot l'indique d'ailleurs, doivent être précédées par une affection qui pourra exister, ou avoir disparu récemment, en laissant dans l'économie des traces ou des profondes de son passage; mais une condition est encore requise pour qualifier la dernière de ces affections consécutives sous le nom de pneumonie: il faut qu'il y ait entre elles et l'état morbide primitif un rapport plus ou moins direct d'effet à cause.

Malgré cette restriction introduite dans la définition,

(1) Spengel, Pneumonie consécutives, pneumonie septique.

UNIVERSITÉ DE LYON

ÉCOLE DE MÉDECINE

DES PNEUMONIES SECONDAIRES
DES PNEUMONIES SECONDAIRES
JUGES DU CONCOURS.

MM. DENONVILLIERS, président. NATALIS GUILLOT.
BEAU. RAYET.
CAUVENHIER. TARDIEU.
DUBOIS D'AMIENS. TROUSSEAU.
GEMOZEL.

PNEUMONIES SECONDAIRES

MM. BARNIER. MM. MARCE.
BLACHEZ. PARNOT.
CHARENT. POTAIN.
HOVINEZ. RACLE.
LABOULENNE. VIDAL.
LORAIN. YVIAN.
LUVY.

DES PNEUMONIES SECONDAIRES.

Lorsqu'une pneumonie est consécutive à un état morbide qui paraît avoir exercé sur son développement une influence, soit excitatrice, soit prédisposante, on dit que cette pneumonie est *secondaire* (1).

Cette définition comprend deux termes distincts : Les pneumonies secondaires, comme le mot l'indique d'ailleurs, doivent avoir été précédées par une affection qui pourra exister encore, ou avoir disparu récemment en laissant dans l'économie des traces plus ou moins profondes de son passage ; mais une autre condition est encore requise pour légitimer la désignation de ces affections consécutives sous le nom de *secondaires* : il faut qu'il y ait entre elles et l'état morbide primitif un rapport plus ou moins intime d'effet à cause.

Malgré cette restriction introduite dans la définition,

(1) *Synonymie.* Pneumonies consécutives ; pneumonies symptomatiques.

le nombre des pneumonies secondaires est encore très-considérable ; car, dans la majorité des cas, les phlegmasies pulmonaires qui se montrent à la suite d'un état morbide, peuvent être rattachées à cet état primitif par des liens de diverse nature : nous verrons que tantôt c'est une lésion locale des poumons qui pourra en avoir provoqué le développement ; tantôt c'est une altération générale de l'organisme qui a amené une susceptibilité plus grande des organes respiratoires, ou qui agit sur eux d'une autre façon plus ou moins inconnue.

Les pneumonies secondaires sont assurément des maladies importantes à connaître : leur fréquence, leur influence sur la marche et la terminaison des maladies primitives, la difficulté de leur diagnostic, la gravité de leur pronostic et les modifications que leur apparition doit faire subir au traitement ; toutes ces circonstances montrent la nécessité de les étudier avec soin ; et la comparaison que l'on peut faire entre les diverses parties de leur histoire et les parties correspondantes de l'histoire des pneumonies primitives est loin d'être dénuée d'intérêt.

Les auteurs des siècles précédents connaissaient les pneumonies secondaires. Ainsi Sydenham, Morton, Huxham, Stoll et autres, font plusieurs fois mention de péripneumonies consécutives, et il serait assez facile de relever dans leurs écrits ce qui pourrait avoir trait au sujet de ce travail ; mais un pareil relevé ne nous fournirait que des matériaux peu solides ; car la plupart des observations recueillies avant que les méthodes physiques d'exploration des organes thoraciques aient été connues ou employées, ne peuvent être acceptées pour exactes que sous toutes réserves. C'est à Laennec lui-même, que

commence la connaissance précise des pneumonies secondaires, et dans un chapitre du *Traité de l'auscultation médiate*, il trace rapidement, et de main de maître, le tableau symptomatique de ces maladies (4^e édit., t. I, p. 586 et suiv., *Des péripneumonies latentes et symptomatiques*).

Depuis cette époque, un grand nombre d'auteurs se sont occupés de cette question. On trouve sur elle des renseignements importants dans les ouvrages de MM. Andral, Louis, Cruveilhier. Mais c'est surtout dans le *Traité de la Pneumonie*, que les différents faits relatifs à l'histoire des pneumonies secondaires, ont été rassemblés, groupés, étudiés et appréciés jusque dans les moindres détails.

C'est ce livre, devenu depuis longtemps classique, qui a été la principale source où j'ai dû puiser ; car depuis l'époque de sa publication (1841), l'histoire des pneumonies secondaires n'a pas fait de grands progrès. Il faut cependant faire une exception en faveur de l'anatomie pathologique, qui a été l'objet de recherches approfondies et qui a été notablement perfectionnée. Des formes nouvelles ont pu être établies sur les résultats de ces recherches, et la symptomatologie elle-même a pu être un peu modifiée, au moins à certains points de vue ; mais ces dernières modifications n'ont pas changé le fond des choses, et la description si exacte que l'on trouve dans le *Traité de la Pneumonie* est encore aujourd'hui la seule qui puisse nous servir de guide. Nous avons suivi les divisions adoptées par M. le professeur Grisolle, parce qu'elles nous ont paru les plus propres à former un cadre satisfaisant.

Les travaux auxquels je faisais allusion, il n'y a qu'un instant, sont dus pour la plupart aux médecins qui se sont plus spécialement attachés à l'étude de la pathologie

infantile. MM. Rilliet et Barthez, Barrier, Legendre et Bailly, Trousseau, sont ceux auxquels la science est le plus redevable sous ce rapport. J'ai consulté la littérature étrangère, anglaise et allemande, espérant y découvrir quelques faits importants. Or la plupart des mémoires relatifs à notre sujet ne sont que des paraphrases plus ou moins déguisées des travaux des auteurs précités. Ce jugement ne doit pas toutefois s'appliquer aux recherches ingénieuses de M. Gairdner. Dans le cours de ce travail j'aurai occasion de citer d'autres auteurs qui ont ajouté quelques détails à l'ensemble des faits connus, ou qui ont confirmé, par des études personnelles, les observations de leurs prédécesseurs ; mais, je le répète, soit pour la partie anatomo-pathologique, soit pour les autres parties de l'histoire des pneumonies secondaires, c'est en France que se sont accomplis les plus grands progrès.

J'étudierai successivement dans cette thèse l'anatomie pathologique, l'étiologie, les symptômes, les formes, la marche, les complications, les terminaisons, le diagnostic, le pronostic et le traitement des pneumonies secondaires.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les lésions que l'on peut trouver dans les poumons des sujets qui ont été atteints de pneumonie secondaire sont assez variables : et, dès le début de ce travail, il est nécessaire de diviser les pneumonies secondaires en *aiguës* et en *chroniques* ; les altérations anatomiques étant très-différentes suivant qu'elles correspondent à l'une ou à l'autre de ces formes de la maladie.

Pneumonies secondaires aiguës.

Sous ce chef, nous étudierons plusieurs espèces anatomo-pathologiques distinctes. Ces espèces ont été séparées les unes des autres, et cette séparation si fondée au point de vue anatomique, se justifie encore lorsque l'on envisage comparativement leur symptomatologie.

Les lésions peuvent être : 1° celles de la pneumonie vraie ; 2° celles de la pneumonie lobulaire ; 3° celles de la splénisation ; 4° celles de la pneumonie hypostatique. A ces lésions se joignent plus ou moins souvent d'autres altérations soit des poumons eux-mêmes, soit des bronches. Nous décrivons dans des articles distincts quelques variétés anatomo-pathologiques, telles que la pneumonie gangréneuse et les pneumonies par infection purulente et par intoxication morvo-farcineuse.

I. PNEUMONIE VRAIE. — Elle peut se présenter avec tous ses caractères classiques, et à ses divers états d'en-

gouement, d'hépatisation rouge, ou d'hépatisation grise. En général les pneumonies de ce genre sont lobaires; quelquefois l'hépatisation est partielle, et alors elle peut être disséminée ou généralisée (1) (Barthez et Rilliet). Griesinger (2) a rencontré aussi cette hépatisation partielle, présentant à la coupe un aspect grenu et se montrant en général dans les lobes supérieurs, sous la forme de foyers d'abord rouge brun, puis gris jaune, solides et entièrement dépourvus d'air. Rarement on trouve des abcès. Quelle que soit la disposition de l'hépatisation, elle est souvent double.

II. PNEUMONIE LOBULAIRE. — Il faut remonter jusqu'au point de départ des recherches récentes faites sur cet état pathologique, pour bien comprendre la signification qu'on lui a donnée.

a) C'est à Legendre et Bailly (3) que l'on doit la séparation admise aujourd'hui entre la pneumonie lobulaire et la pneumonie lobaire; et c'est l'étude d'une lésion particulière qu'ils ont nommée *état foetal* qui les a conduits à proposer cette séparation. Jusqu'à eux, presque tous les auteurs, à l'exception de M. Ruzf, avaient décrit l'altération en question comme étant de nature phlegmasique; ils ont démontré combien cette opinion générale était inexacte, car l'état foetal diffère de la vraie pneumonie par les caractères les plus tranchés.

Le tissu ainsi affecté « est charnu, compacte, mais

(1) Pour Legendre, comme nous le dirons plus loin, la pneumonie lobulaire généralisée diffère de l'hépatisation vraie.

(2) *Infections Krankh.*, art. ileo-typhus; *Handbuch der speciellen Path. u. Ther.*; 1857.

(3). *Arch. de méd.* 1844, et Legendre, *Rech. anat.-path. et clin.*, 1846.

« souple, flasque, d'une pesanteur spécifique plus grande
« que celle de l'eau, ce qui le fait plonger au fond de ce
« liquide.

« On distingue très-bien à sa surface les interstices cel-
« luleux qui séparent les lobules.

« Sa couleur est, en général, d'un rouge violet; mais
« elle peut devenir noirâtre, quand le sang qui l'engorge
« est en plus grande abondance.

« Sa consistance est variable suivant la proportion des
« liquides qui le pénètrent; ordinairement elle est plus
« grande qu'à l'état normal.

« Sa coupe est lisse, uniforme. nette.

« On en fait suinter par la pression plus ou moins de
« sérosité sanguinolente.

« On distingue parfaitement la texture organique et
« les différents éléments qui entrent dans la composition
« du tissu, vaisseaux, bronchioles, etc.

« Enfin, l'insufflation fait pénétrer l'air dans toutes
« ses vésicules, et rend à l'organe ses caractères phy-
« siologiques. »

Une autre remarque a été faite au sujet de cette lésion, c'est que, au moment de l'examen nécroscopique, les parties altérées sont généralement déprimées au-dessous du niveau des parties demeurées saines. Si l'on place en regard de ces caractères, auxquels on peut ajouter la forme lobulaire, ceux de l'hépatisation franche : forme lobaire, délimitation irrégulière; lésions ordinaires de la plèvre aux points contigus; rénitence, turgescence; poids spécifique plus considérable que dans le cas précédent; friabilité; aspect granuleux; liquide plus ou moins grisâtre obtenu en raclant, confusion des principaux éléments organiques dans une masse assez uniforme

et assez homogène; et enfin, impossibilité d'insufflation; on comprendra que Legendre et Bailly aient été pleinement autorisés à séparer ces deux ordres de lésions. Le nom qu'ils ont donné à cette altération spéciale est tiré de la ressemblance complète que présentent les portions de poumon ainsi modifiées avec les poumons d'un fœtus qui n'a pas encore respiré.

L'état fœtal ne se présente pas toujours avec cet aspect; dans certains cas, le tissu condensé devient sec, coriace, résistant à la pression. C'est dans ces cas que quelques auteurs lui ont donné le nom de carnification et l'ont regardé comme une lésion se rattachant à la pneumonie chronique.

Les recherches de Legendre et Bailly sur l'état fœtal ramenèrent l'attention sur un travail de Jøerg (1) dans lequel cet auteur décrit une altération des poumons trouvée chez les enfants qui n'ont pas vécu plus de quelques jours, et qui consiste dans la permanence de l'état fœtal dans certaines parties de l'organe respiratoire, par suite d'établissement incomplet de la respiration. C'est cet état déjà indiqué avant lui par Dugès et Billard qu'il a nommé *atelectasis* des poumons: les auteurs allemands et anglais qui ont répété ou poursuivi les recherches de Legendre et Bailly ont assez généralement adopté cette expression. D'autres (le D^r Fuchs) (2), voulant différencier l'atelectasis congénital, de l'atelectasis acquis, ont nommé ce dernier *apneumatosi*s. D'autres enfin, Gaird-

(1) *De morbo pul. organ.*, Leipzig, 1855.

(2) *Die bronchitis der Kind.*, 1849; anal. dans *the British and For. Med.-Chir. Review*.

ner par exemple, nomment cet état *collapsus* du poulmon.

Tel est le point de départ de Legendre et Bailly pour chercher à déterminer la nature de diverses autres lésions considérées aussi comme des pneumonies, et en particulier de la pneumonie lobulaire.

b) Tandis que l'état fœtal occupe de préférence les parties antérieures des poulmons ; dans la pneumonie lobulaire, on trouve en général, au niveau du bord postérieur de ces organes, des parties soit disséminées, soit groupées sur une grande étendue, parfaitement circonscrites par les confins des lobules, d'un rouge un peu moins violet que les lobules revenus à l'état fœtal ; moins déprimés et plus friables, et laissant échapper sous l'influence de l'écrasement une quantité notable d'un liquide sanguin, non aéré. Ces lobules reprennent par l'insufflation et la couleur rosée et l'aspect vésiculaire. Ils se rencontrent communément dans les deux poulmons, sur le même sujet. Cette altération, Legendre est conduit à la considérer comme une simple congestion avec affaissement des parois des vésicules. Mais cette pneumonie lobulaire ne se trouve pour ainsi dire jamais isolée ; on la rencontre accompagnée de la bronchite dans ses différentes formes, et surtout de la bronchite capillaire, ou bronchite suffocante. C'est la réunion de ces deux éléments que Legendre nomme *pneumonie catarrhale*. Dans ces cas, il y a inflammation des vésicules, ou des *infundibula* pulmonaires ; on trouve dans ces vésicules des produits de sécrétion, et c'est à cette altération qu'il faut rattacher la pneumonie vésiculaire de M. Andral, de MM. Rilliet et Barthez, état que M. Fauvel a désigné sous le nom de *grains jaunes*. Quelquefois cette altération occupe tous les *infundibula* d'un lobule et pourrait être prise pour de

la pneumonie lobulaire passée à l'hépatisation grise ; mais en piquant ces points avec une épingle on fait sortir un liquide grisâtre, purulent. De plus, l'insufflation modifie toujours les parties ainsi malades. Cette lésion peut occuper des parties encore plus étendues, par exemple la languette du lobe supérieur gauche tout entière : Legendre compare alors l'aspect de cette languette à celui du pancréas. Dans un degré plus avancé, il se forme des *vacuoles pulmonaires* soit dans l'épaisseur de l'organe, soit à sa superficie. Celles de la superficie contiennent toujours un fluide aériforme en même temps que du pus. Ne sont-ce pas là souvent des cavités emphysémateuses ? On est bien tenté de répondre par l'affirmative quand on les compare aux descriptions d'emphysème données par M. le professeur N. Guillot (*Arch. de méd.*, 1853). Cependant MM. Barthez et Rilliet se prononcent catégoriquement dans un sens contraire.

On peut trouver aussi l'inflammation des vésicules au niveau de parties présentant l'altération dont nous avons déjà parlé, c'est-à-dire l'hépatisation lobulaire généralisée de MM. Rilliet et Barthez, l'hépatisation pseudo-lobulaire de M. Barrier. Ici les caractères se rapprochent davantage de ceux de l'hépatisation vraie ; mais l'absence de vraies granulations, la friabilité moins grande, et la possibilité de l'insufflation dans ce cas constituent des caractères différentiels encore très-importants.

Ces différentes formes d'affections secondaires des poumons ne se rencontrent pas seulement chez l'enfant, mais on les observe aussi chez l'adulte et chez le vieillard (*Gairdner*) (1). Cet auteur a même vu chez les

(1) On the path. anat. of Bronchitis, etc., Edinb., 1850.

adultes les *vacuoles pulmonaires*, qu'il nomme *abcès bronchiaux*, et qu'il a trouvées soit dans les parties profondes des poumons, soit à la surface. Il en rapporte quatre cas. Le D^r West (1), cité par le D^r Gairdner, attribue la formation de ces abcès à des hépatisations lobulaires franches ; mais ces abcès ou vacuoles n'ont probablement que bien rarement une semblable origine.

c) Des tentatives d'explication ont été faites par les auteurs qui ont voulu se rendre compte du mode de production de l'état fœtal et des pneumonies lobulaires. Pour Legendre, « l'état fœtal se produirait par une sorte « de rétraction du tissu pulmonaire qui, venant à être « privé de son activité fonctionnelle, revient peu à peu « sur lui-même et se condense. » Quant à la congestion lobulaire, le mécanisme de cette transformation serait différent : « Au lieu que l'affaissement des vésicules soit « le résultat d'une simple contractilité de tissu, c'est le « sang qui, en s'accumulant dans le réseau capillaire « qui se ramifie sur les vésicules, les comprime et les « affaisse. » (L., *op. cit.*, p. 171 et 172.) Friedleben (2) n'hésite pas à avancer l'opinion singulière que cette condensation lobulaire est une permanence de l'état fœtal, et que les lobules ainsi altérés n'ont jamais respiré.

Traube (3) admet que cette lésion dépend de l'oblitération de rameaux bronchiques par le muco-pus qu'on y trouve constamment ; les gaz enfermés dans cette partie du poumon ne pouvant pas se renouveler sont résorbés, et, à mesure qu'ils disparaissent, les parois

(1) Lectures on the diseases of infancy and childhood, Lond., 1848.

(2) Ueber atelectasis pulm.; Arch. f. physiol. heilkunde, 1847.

(3) Deutsche Klinik, anal. in France méd., 26 juillet 1856.

des vésicules bronchiques se rapprochent et se touchent à la fin. Gairdner, antérieurement au travail de Traube, avait proposé une explication qui a été adoptée par un bon nombre d'auteurs. Pour lui, les mucosités des bronches forment une sorte de soupape s'ouvrant facilement dans le sens de l'expiration, et se fermant au contraire lors de l'inspiration. A chaque expiration, les bronches et les vésicules situées en deçà des mucosités sont comprimées; l'air qu'elles contiennent fait effort contre le mucus, et s'ouvre un passage bientôt fermé par l'inspiration; ce phénomène se renouvelant plusieurs fois de suite, et étant aidé par les brusques et violentes expirations de la toux, les bronches et les vésicules en question finissent par se vider complètement et par s'affaisser. De là l'atalectasie, l'état fœtal, le collapsus du poumon.

III. SPLÉNISATION. — La splénisation est une forme anatomique, que l'on observe souvent dans les pneumonies. Elle offre des caractères spéciaux. « La partie splénisée, dit M. Louis (Rech. anat., path, et thérap. sur la fièvre typhoïde, 2^e édit., t. I, p. 328), a perdu la souplesse qui appartient au tissu pulmonaire, est lourde et gagne ordinairement le fond de l'eau. Alors elle est entièrement privée d'air, et si l'on y pratique des incisions, le tissu divisé se couvre d'une lame de liquide rouge, épais, sans la moindre bulle d'air... On n'y découvre point l'aspect grenu qui caractérise le deuxième degré de l'inflammation des poumons... Le parenchyme, dans la plupart des cas, est plus résistant qu'à l'état normal, et l'on n'y enfonce les doigts qu'avec beaucoup de difficultés. »

Tous les auteurs qui ont examiné cette altération de près ont bien vu qu'elle diffère considérablement de la

lésion de l'hépatisation franche. M. Louis a insisté d'une façon toute particulière sur ces différences qui sont telles qu'il est toujours facile, lorsqu'il y a coïncidence de ces deux lésions, de distinguer immédiatement l'une de l'autre. Mais aucun médecin n'a plus cherché à faire ressortir, en les opposant les uns aux autres, les traits distinctifs de ces altérations, que M. Bazin dans sa thèse inaugurale (Recherches sur les lésions du poumon considérées dans les affections morbides dites fièvres essentielles. Paris, 1834). Dans ce remarquable travail, M. Bazin donne, comme principaux caractères de la splénisation, une rougeur encore plus intense que celle de l'hépatisation rouge, une pesanteur spécifique moindre; la surface des incisions présente des zones ou tranches de différentes nuances; jamais on n'observe l'aspect granuleux de la pneumonie franche; à aucune époque le tissu n'éprouve la transformation grise ou l'infiltration purulente; au moyen d'un scalpel on en retire par le raclage du sang et non une bouillie grisâtre; on peut par le lavage et la malaxation dépouiller le tissu d'une grande partie du sang qu'il renferme; enfin la plèvre n'est pas le plus souvent atteinte d'inflammation (p. 14).

Tous ces caractères rapprochent la splénisation des lésions que nous avons jusqu'ici indiquées; l'aspect nuancé dont parle M. Bazin montre que la splénisation, quoique diffuse, suit jusqu'à un certain point la division lobulaire du poumon. Ce fait a été signalé aussi par M. Gairdner, et fait voir toute l'analogie qu'il y a entre la splénisation et la pneumonie lobulaire généralisée, altérations qui siègent toutes deux d'ordinaire dans les parties postérieures et inférieures des poumons, et sont souvent doubles.

Un dernier trait de ressemblance, et ce n'est pas le moins important, c'est que le tissu frappé de splénisation se laisse pénétrer et distendre par l'insufflation.

Quand la splénisation remonte à une date assez éloignée, elle présente des caractères qui ont fait comparer le tissu ainsi altéré à de la chair musculaire, et lui ont fait donner le nom de *carnification*, nom qui devrait être réservé exclusivement à certaines formes de la pneumonie chronique.

On pourrait peut-être rapprocher de la splénisation une lésion surtout étudiée chez les vieillards, et que MM. Hourmann et Dechambre ont nommée *hépatisation planiforme*. Cette lésion, considérée comme une pneumonie extravésiculaire, nous paraît avoir de nombreux points de contact avec la splénisation. Mais des recherches directes sont nécessaires pour porter un jugement définitif sur ce point d'anatomie pathologique; il faudrait surtout soumettre cette lésion à l'épreuve de l'insufflation.

— Nous avons vu que la pneumonie lobulaire et que la splénisation, comparées à l'hépatisation vraie, s'en distinguent par des caractères appréciables pour ainsi dire à première vue.

L'anatomie de texture nous révèle encore des différences très-manifestes entre ces diverses lésions.

Dans l'hépatisation, les infundibula pulmonaires sont remplis d'un infarctus plastique. Toutes les parties qui entrent dans la constitution intime de ces infundibula, vaisseaux et parois, ainsi que le tissu interlobulaire, ont subi de graves altérations de nutrition.—La matière que l'on retire des granulations, examinée au microscope, présente en général de nombreux éléments granuleux,

et des cellules de l'espèce de celles que l'on trouve ordinairement dans les exsudations inflammatoires des organes parenchymateux. Dans le collapsus des poumons et dans la splénisation, on ne fait sortir du tissu qu'une sérosité sanguinolente demi-transparente, laquelle, examinée au microscope, ne montre pas, le plus souvent, d'autres éléments que des globules du sang, de l'épithélium et d'autres portions du tissu normal, et parfois un peu de pus provenant des bronches (Gairdner). Lorsque la condensation pulmonaire dure depuis un certain temps, on peut, d'après le docteur W. Aitken (1), trouver dans les préparations microscopiques une notable quantité de granulations graisseuses, soit libres, soit incluses dans les cellules; et cet auteur rappelle à ce sujet les recherches de M. le professeur N. Guillot, qui a fait voir que dans certaines maladies du poumon, la pneumonie entre autres, il se dépose dans les tissus altérés une certaine quantité de graisse (*Mém. sur les variations de la matière grasse contenue dans les poumons malades*, Comptes rendus de l'Ac. des sc., 1847).

La pneumonie lobulaire et la splénisation sont-elles semblables l'une à l'autre, sauf en ce qui a rapport à l'étendue et à la disposition des lésions? Il y a certainement entre elles quelques différences, une congestion plus vive, par exemple dans la splénisation; mais le nombre des analogies l'emporte sur la somme des traits distinctifs; c'est ce qu'on ne doit pas oublier, et c'est pour cela que plusieurs auteurs réunissent ces deux états

(1) Cases and Observ. illust. inflammat. effusions, etc. Edinb. Med and Surg. Journal, 1849, p. 6.

anatomo-pathologiques sous les dénominations communes d'*atelectasis* et plus souvent de *collapsus du poumon*, appliquées d'abord uniquement à la pneumonie lobulaire.

— Les lésions que nous venons d'étudier sont celles que l'on rencontre le plus souvent dans les fièvres dites essentielles et dans plusieurs autres affections, telles que la bronchite, le croup, la coqueluche, etc., et d'une façon générale, ce sont les affections pulmonaires les plus ordinaires parmi celles qui ont été désignées sous le nom de pneumonies secondaires. Sont-ce bien là des pneumonies? Devais-je m'en occuper dans cette dissertation? C'est là le point délicat du sujet qui m'est échu, et je n'ai pris un parti qu'après avoir bien réfléchi.

Sans doute, si ces lésions se présentaient toujours au degré inférieur nommé état fœtal par Legendre et Bailly, degré dans lequel il n'y a souvent pas même de congestion, je n'aurais pas hésité à taxer la nomenclature en usage de vice radical, et j'aurais rejeté de mon sujet toute la partie relative aux pneumonies lobulaires et à la splénisation. J'aurais pu m'appuyer sur plusieurs autorités, et, en particulier, sur celle de M. Bazin, qui refuse tout caractère phlegmasique à ces altérations. C'est ainsi que le docteur Foureau de Beauregard (*De la pneumonie comme complication dans les maladies aiguës et chroniques*, Thèses de Paris 1851), proteste contre le nom de pneumonie appliqué aux affections pulmonaires secondaires des fièvres et de presque toutes les autres maladies. Mais la solution ne m'a semblé pouvoir être donnée dans ces termes.

Il faut bien établir tout d'abord que l'on peut rencontrer la véritable hépatisation dans ces cas, de façon

à prouver qu'il n'y a pas incompatibilité entre la nature des pyrexies, affections surtout en cause dans cette question, et les phlegmasies franches. Or, pour ne citer que quelques types bien tranchés, nous voyons qu'on a observé l'hépatisation vraie dans la fièvre typhoïde (M. Louis, *op. cit.*, t. I, p. 331 ; MM. Rilliet et Barthez, *op. cit.*, t. II, p. 702 ; Griesinger, *op. cit.*) ; dans la rougeole (Franz Mayr, *Recherches sur la rougeole, etc.*, Journal hebdomadaire de Vienne, t. VIII, 1852, p. 1 à 3) ; dans la variole (MM. Barthez et Rilliet, *op. cit.*, t. III, p. 51).

Mais examinons les lésions en discussion, à savoir les diverses pneumonies lobulaires et la splénisation. Dans un certain nombre de cas, on ne trouve que les caractères de la congestion ; mais parfois cette congestion est très-vive et les parties splénisées, par exemple, soumises à l'insufflation, conservent une coloration rouge intense (Traube, *loc. cit.*).

Il n'est pas rare, dit ce même auteur, d'y rencontrer de petits foyers apoplectiques ou des noyaux d'hépatisation rouge ; ce qui s'accorde avec ce qu'ont vu d'autres observateurs, M. Louis entre autres. Cet état, suivant Traube, est de nature inflammatoire et ne diffère pas essentiellement de l'engorgement : aussi son apparition coïncide-t-elle toujours avec une élévation de température.

Presque toujours, suivant MM. Barthez et Rilliet, on trouve au milieu du tissu insufflé, dans les cas de pneumonie lobulaire disséminée ou généralisée, des parties assez étendues qui, bien qu'ayant perdu leur couleur violette, conservent tous les caractères du tissu malade. Cette particularité a été vue par de nombreux observa-

teurs qui cependant ne l'ont pas rencontrée aussi souvent que paraissent l'avoir fait MM. Barthez et Rilliet. M. Louis, Legendre lui-même, en ont rapporté des exemples. Il y a donc une grande tendance de la part de ces états des poumons à passer à l'état inflammatoire le moins douteux. Et, d'ailleurs, ces états n'appartiennent-ils pas eux-mêmes à un degré peu avancé d'inflammation? MM. Barthez et Rilliet les envisagent ainsi: M. Lebert, d'accord avec ces auteurs, pense qu'il y a là en général un travail congestif inflammatoire qui mérite à la maladie le nom de broncho-pneumonie; seulement l'exsudation, au lieu d'être plastique et intravésiculaire surtout, comme dans la pneumonie franche, est, dans ces états morbides, séreuse et extravésiculaire (Traité d'anat. pathol. et spéciale, t. I, p. 608). — Legendre lui-même ne refuse pas aussi absolument qu'on pourrait le croire une nature phlegmasique à ces états; car il emploie les mots *congestion pneumonique*, p. 178, 179; il se sert constamment de l'expression *pneumonie catarrhale*; enfin à la page 221, il dit: « Pour nous cette altération (la pneumonie lobulaire généralisée) est différente de la véritable hépatisation soit lobaire, soit partielle, et nous la considérons comme le résultat d'une inflammation catarrhale des vésicules jointe à une *congestion inflammatoire* du parenchyme pulmonaire. »

Ces lésions, il est vrai, ne s'accompagnent pas en général d'augmentation de la fibrine du sang; mais il faut l'attribuer surtout à ce que la crase du sang est sous la dépendance bien plus de la maladie primitive (fièvres graves, fièvres exanthématiques, etc.) que de l'affection secondaire.

Pour nous résumer, les diverses lésions, pneumonies lobulaires et splénisation, sont des hyperémies phlegmasiques pouvant subir, dans de certaines limites, l'influence de la pesanteur, relativement à leur développement ou à leur disposition, et participant ainsi de quelques-uns des caractères de l'hypostase. Ces lésions sont constamment unies à un état phlegmasique ou catarrhal des bronches, et paraissent retenues à l'état congestionnel par l'espèce de révulsion continue qu'opèrent sur eux l'inflammation ou les sécrétions bronchiales. Seul, le collapsus simple ou état fœtal ne relève pas de l'inflammation. Le rapport intime entre l'état catarrhal des bronches et ces diverses lésions explique pourquoi différents auteurs les ont désignées sous un nom impliquant cette relation : phlegmasies broncho-pulmonaires (Barthez et Rilliet), pneumonie catarrhale (Legendre).

IV. PNEUMONIE HYPOSTATIQUE (Piorry). — Voici encore une lésion sur la nature de laquelle on a discuté. Dans l'état le plus simple, c'est une congestion passive : mais souvent aussi, soit par suite de la nature de la maladie primitive, soit par suite d'un processus inflammatoire plus ou moins obscur, excité par cette congestion passive elle-même, il se forme au milieu des parties envahies par l'hypostase des noyaux plus ou moins nombreux, plus ou moins étendus, d'hépatisation. D'autres fois enfin, l'hypostase sanguine et le processus inflammatoire se donnent la main dès les premiers pas, et il est impossible de savoir quelle est la maladie primitive. On verrait souvent la pneumonie hypostatique revêtir à son début une forme lobulaire, suivant M. Durand-Fardel. Ces pneumonies, ajoute-t-il, passent très-rarement à l'état de suppurations.

V. ATROPHIE AIGUE DU POUMON. — Nous devons mentionner ici, en attendant que des recherches plus étendues permettent une description complète, une lésion décrite par Buhl (Arch. de Virchow, t. XI, p. 2). C'est un état qu'il compare à la dégénérescence aiguë des reins dans la maladie de Bright, et qu'il appelle *pneumonie desquamative*, à cause de la chute rapide du revêtement épithélial des cellules pulmonaires. Il l'a observé dans les fièvres exanthématiques et dans le typhus. Peut-être est-ce la même altération que celle qui a été indiquée par Black sous le nom de *cellulitis pulmonaire* (Monthly Jour. of. med. sc., Edinb., 1853, p. 281).

VI. PNEUMONIES SURVENUES A LA SUITE D'INFECTION PURULENTE. — Ces pneumonies, dit M. Grisolle, ont pour point de départ une ecchymose ou plutôt une véritable apoplexie capillaire sans déchirure des poumons... Il en résulte des noyaux d'abord plus ou moins noirs à la coupe, qui, à une époque plus avancée, se ramollissent du centre à la circonférence et finissent par se convertir en un abcès, dont le pus est le plus souvent blanc, épais et phlegmoneux... Les parties voisines de l'abcès sont intactes dans la plupart de cas, ou du moins elles sont simplement engouées ; mais chez un quart des sujets il y a une hépatisation rouge ou grise, plus ou moins étendue (*op. cit.*, p. 57 et 58).

Il est certain que les pneumonies qui précèdent et déterminent la formation des abcès métastatiques sont très-différentes de la pneumonie ordinaire, non-seulement au point de vue de l'anatomie pathologique, mais encore au point de vue des symptômes. Pour ne parler que des lésions, nous voyons que l'inflammation qui paraît très-obscur n'a pas en général, dans ces cas, une grande

tendance à devenir diffuse ; de plus, elle marche avec une rapidité très-grande vers la suppuration. La description donnée par M. Grisolle est confirmée par les recherches plus modernes. On trouve au début, d'après M. Lebert, une injection capillaire locale ; les petits vaisseaux dilatés sont gorgés d'un sang rouge foncé, plus ou moins coagulé. Un peu plus tard, au centre de cette vascularisation, apparaît un point jaune qui n'est autre chose qu'une gouttelette de pus, renfermant des globules purulents bien caractérisés. La collection purulente fait des progrès ; de nouvelles collections se forment dans le noyau injecté : elles se réunissent à la première et produisent ainsi un abcès.

La pneumonie, suite d'infection purulente, ne se présente pas d'ailleurs constamment avec ces caractères et cette marche anatomique : chez les sujets emportés par cette maladie, on a trouvé quelquefois des hépatisations grises plus ou moins étendues (Grisolle, *op. cit.*, p. 91).

VII. AFFECTIONS PULMONAIRES DE L'INTOXICATION MORVO-FARCINEUSE. — « Les poumons, dit M. Tardieu (Manuel de pathol. et de clin. méd., 1857, 2^e édit., p. 648), sont criblés de dépôts sanguins et purulents qui se présentent sous forme d'ecchymoses et d'abcès métastatiques. Quelquefois on remarque des noyaux d'hépatisation lobulaire. » Ce sont là les lésions communes à la morve aiguë et au farcin aigu. Elles naissent sous l'influence de l'infection purulente et sont, à cause de cela, tout à fait semblables à celles que nous avons exposées plus haut.

Dans les formes chroniques de l'intoxication morvo-

farcineuse, c'est une sorte de matière phymatoïde, disposée en petites plaques, qui constitue la lésion pulmonaire. Des masses semblables peuvent se trouver au milieu du poumon induré (*ibid.*, p. 649). Que faut-il entendre par cette induration? Est-ce une lésion inflammatoire chronique?

VIII. PNEUMONIES SECONDAIRES GANGRÉNEUSES. — Ces pneumonies, encore bien incomplètement étudiées, sont celles qui sont consécutives à une altération gangréneuse développée sur une partie quelconque du corps. Dans le journal l'*Union médicale*, numéros des 26 et 28 janvier 1859, se trouve un intéressant travail de M. Ball, sur un cas de coïncidence de ce genre, observé dans le service de M. Charcot, à la Pitié. L'auteur rapporte divers cas (1) plus ou moins analogues et entre autre un cas de Rob. Carswell, dans lequel la mort survint à la suite d'une piqûre d'insecte à la lèvre inférieure, et l'on trouva le tissu pulmonaire engoué dans quelques points; çà et là, au milieu des tissus enflammés, on voyait de petites taches gangréneuses entourées d'un cercle d'élimination. Dans le cas de M. Charcot, il y avait eu formation d'un séquestre presque complètement séparé du tissu environnant, par suite d'une *pneumonie disséquante gangréneuse*, et cette inflammation s'était développée pendant le cours d'un érysipèle gangréneux des parois abdominales, après une ponction.

IX. LÉSIONS BRONCHIQUES ET PULMONAIRES, ASSOCIÉES A CELLES DES PNEUMONIES SECONDAIRES AIGUES. — Sou-

(1) Lebert. — Cas de foyer gangréneux du poumon gauche chez un malade atteint de mortification de l'un des membres inférieurs, causée par un artérite.

vent la membrane muqueuse des bronches ne présente aucune altération visible. Parfois on y constate une injection plus ou moins vive, partielle ou générale. Il est plus rare de constater en même temps une dilatation des bronches : c'est chez les enfants qu'on a signalé cette lésion. Les produits de sécrétion sont constitués par un liquide muqueux, jaunâtre ou grisâtre, puriforme, très-visqueux. Dans certaines circonstances on a trouvé des pseudo-membranes dans les bronches (Fauvel, Barthez et Rilliet, Nonat). C'est principalement dans la pneumonie catarrhale qu'on les a rencontrées ; mais elles ont été vues aussi dans la pneumonie rhumatismale (Bukler, Canstatt Jahr., 1855, t. II. — Aronssohn, cité par M. Schutzenberger, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1857, p. 256). Il ne faut pas d'ailleurs accorder à ces faits plus d'importance qu'ils n'en méritent. On sait, en effet, que les productions fibrineuses, pseudo-membraneuses existent aussi dans la pneumonie franche.

On peut trouver les ganglions bronchiques volumineux, rouges et friables.

On n'observe la pleurésie qu'exceptionnellement.

On a noté aussi l'emphysème parmi les lésions de la pneumonie secondaire aiguë.

D'après Gairdner, les parties affaissées du poumon, c'est-à-dire atteintes de pneumonie lobulaire, peuvent en même temps être le siège d'une infiltration œdémateuse, quand il y a une tendance générale aux exsudations séreuses ; dans d'autres cas, l'œdème envahissant le reste du poumon, respecte les parties atelectasiées. M. le professeur Cruveilhier avait depuis longtemps indiqué cette association de l'œdème et de la pneumonie. Il dit que ces pneumonies œdémateuses sont fréquentes chez les

vieillards : or, pour M. Durand-Fardel, ce sont là des pneumonies secondaires (1).

Pneumonies secondaires chroniques.

Ces affections succèdent à un état aigu qui n'a point subi la résolution, ou bien elles peuvent avoir été primitivement chroniques. Parmi ces dernières, se rangent les pneumonies chroniques tuberculeuses. Autour des cavernes ou des tubercules suppurés, on trouve le tissu très-dur, complètement imperméable et d'un gris ardoisé plus ou moins foncé. M. Grisolle, à ces divers caractères qu'il assigne à ce genre d'altération, ajoute qu'à l'incision ou à la déchirure, on ne trouve pas l'aspect grenu de l'hépatisation : il n'est pas rare de trouver plusieurs granulations grises, ou même des tubercules à l'état cru ou suppuré, disséminés à la surface de la coupe qui montre des cloisons celluleuses blanches et épaisses comme dans certaines formes de la pneumonie chronique (*op. cit.*, p. 87 et 88).

Suivant Chomel (*Dict. de méd.*, t. XXV, p. 224, art. *Pneumonie*), « on trouve çà et là, au milieu des tubercules crus ou ramollis, quelques petites portions de poumon, quelques lobules d'un gris rosé, légèrement grenus, mais denses, fermes et résistant à la pression du doigt. »

Chez les enfants, la pneumonie chronique tuberculeuse revêt ces mêmes caractères, ou bien les lésions qu'elle présente ressemblent beaucoup à ceux de l'infil-

(1) *Traité clin. et prat. des vieillards*, 1854.

iration grise demi-transparente, et paraissent établir des relations entre ces deux états anatomo-pathologiques, comme l'ont indiqué MM. Trousseau, Barthez et Rilliet.

J'ai placé ces pneumonies parmi les affections de ce genre *primitivement* chroniques; mais l'on conçoit qu'il est impossible de rien affirmer à ce sujet. Il en est de même des altérations des poumons que l'on trouve à la suite des maladies du cœur, ou d'autres affections, altérations étudiées par MM. Isambert et Robin sous le nom de *carnifications congestives* (*Mém. de la Soc. de Biol.* p. 3. 1855) : et même les auteurs pensent que ces altérations ne doivent point être rattachées à l'inflammation. Cependant certains pathologistes, et entre autres MM. Gendrin, Raimbert (*Gaz. hebd.* 19 sept. 1856), parlent du développement de la pneumonie chronique sous l'influence des maladies du cœur.

A tous les âges, la pneumonie chronique peut succéder à la splénisation ou aux pneumonies lobulaires survenues à la suite d'affections typhoïdes, exanthématiques, fébriles, ou autres. C'est ici que se place la *carnisation* de Legendre, dont il rapporte deux cas (*op. cit.* p. 223). Dans ces cas, on voyait le tissu pulmonaire dur, pesant, de couleur rouge uniforme, présentant à la coupe un aspect lisse, dense, rougeâtre : les bronches étaient dilatées (*Voy. aussi* : Barthez et Rilliet, *op. cit.* t. I, p. 445).

Stokes désigne sous le nom d'atrophie du poumon, cet état qui peut se montrer à la suite des pneumonies secondaires. Gairdner emploie la même dénomination. Les parties, dit-il, se réduisent à un tissu lâche, fibreux ou aréolaire, renfermant les restes des bronches et des vaisseaux; ce tissu est flasque, exempt de toute indura-

tion ou exsudation anormale, et très-fréquemment, dans les cas les plus nets, exempt même de ce dépôt excessif de pigment carbonacé qui a une si grande tendance à accompagner les affections chroniques des poumons. Ces changements s'observent dans les deux formes, la lobulaire et la disséminée.

Chez le vieillard, on rencontre quelquefois, dit M. Durand-Fardel (*op. cit.*, p. 517), à la suite de bronchopneumonies secondaires des lésions de pneumonies chroniques : ce sont ou des indurations grises, ardoisées, ou des indurations rouges, degré moins avancé et que l'on a décrit sous le nom de carnification.

Lésions bronchiques. — Nous avons surtout à signaler ici des traces de phlegmasie chronique, et, dans certains cas, la dilatation des bronches.

Si nous cherchons dans l'exposition de l'anatomie pathologique telle que nous venons de la présenter quelques traits s'appliquant à la plupart des pneumonies secondaires, nous voyons que, d'une façon très-générale, ce n'est pas la pneumonie franche qui s'y montre d'ordinaire, que l'on y observe le plus souvent les diverses formes de pneumonies bâtarde, état fœtal, pneumonies lobulaires, splénisation. En second lieu, ces affections sont presque toujours liées à un catarrhe bronchique. En troisième lieu, elles sont très-souvent doubles, et enfin elles occupent le plus constamment soit les lobes inférieurs, soit le bord postérieur des poumons.

ÉTIOLOGIE.

La pneumonie et la broncho-pneumonie se montrent comme affections secondaires dans un si grand nombre de maladies, qu'il est à peu près impossible d'énumérer toutes les conditions dans lesquelles on peut observer ces deux téréopathies. Nous devons nous contenter d'indiquer les principales circonstances qui paraissent jouer un rôle direct ou indirect dans le développement des diverses variétés de phlegmasie pulmonaire que nous avons étudiées. Nous allons les passer successivement en revue.

I. AFFECTIONS DES POUMONS. — a). La *bronchite* doit tenir le premier rang dans ce groupe. En effet, elle précède très-souvent le début de la pneumonie et paraît alors liée à elle d'une façon très-intime. Aussi la plupart des pneumonies secondaires sont-elles des broncho-pneumonies. Mais cette relation entre ces deux états morbides se montre surtout dans des conditions bien déterminées, sous l'influence d'une fièvre exanthématique, de la fièvre typhoïde, de la fièvre catarrhale, par exemple. La bronchite simple constitue toutefois une prédisposition aux pneumonies; M. Grisolle a constaté l'existence d'une bronchite aiguë antérieurement à l'invasion de la pneumonie chez un quart des individus qu'il a interrogés à ce sujet. Chez les enfants et les vieillards, cette influence de la bronchite comme cause prédisposante est encore

plus prononcée (Barthez et Rilliet, Hourmann et Dechambre, Beau) (1).

b) — Les *tubercules pulmonaires* se compliquent très-souvent, pendant leur développement, de pneumonie (Louis, Grisolle) (2). Chez les enfants, on observe toutes les variétés de pneumonies secondaires, la pneumonie lobaire, mais le plus souvent la pneumonie lobulaire sous forme de noyaux plus ou moins nombreux et plus ou moins disséminés; et enfin on rencontre aussi la pneumonie chronique (Barthez et Rilliet, *op. cit.*, t. III, p. 710). M. Bouchut indique la pneumonie granuleuse ou tuberculeuse comme presque aussi fréquente chez les nouveaux-nés que la pneumonie simple. (*Traité prat. des mal. des nouveau-nés*, 2^e édit, p. 371.) La phthisie aiguë aurait surtout une grande tendance à se compliquer de pneumonie (Grisolle).

c) *Gangrène pulmonaire*. Les parois des foyers gangréneux sont quelquefois engouées, quelquefois même à l'état d'hépatisation.

« Lorsque la gangrène a une marche rapide, dit M. Grisolle, l'induration diffère peu de celle qui caractérise la pneumonie aiguë; mais si elle se prolonge....., elle offre tous les caractères de la pneumonie chronique. »

d) *Apoplexie pulmonaire*. La pneumonie peut survenir au niveau même du foyer apoplectique, ou à son pour-

(1) M. Beau (études cliniques sur les maladies des vieillards; *Journ. de méd.*, 1845, p. 299.)

(2) Sur 517 cas de tuberculose, on a trouvé 218 fois de l'hépatisation, c'est-à-dire 42 fois sur 100. (Chambers, statistique faite à l'hôpital de Georges; *Med. Chir. Review*, oct., 1855.)

tour. C'est une complication du reste assez rare (Laennec, Grisolle).

e) *Croup*. Suivant M. Grisolle, la pneumonie aurait été observée dans les sept huitièmes des cas. La fréquence de cette complication, dit M. le docteur Millard (1), établit entre le croup et les fièvres éruptives un lien qui a déjà été signalé. Ces pneumonies croupales sont lobulaires, comme le prouvent les relevés faits par MM. Barthez et Rilliet (*op. cit.*, t. I, p. 276).

f) La *pleurésie* peut-elle être regardée comme une prédisposition aux pneumonies secondaires? Je pense que la pleurésie qui s'accompagne d'un épanchement est loin d'exciter ou de favoriser le développement de ces affections. C'est pourtant à de prétendues pneumonies survenues dans le poumon comprimé par un épanchement pleural qu'on avait donné le nom de *carnification*. Le plus souvent, la lésion apparente n'est autre chose que le résultat de la compression qui a chassé l'air du poumon et amené ainsi les parois des cellules à un parfait contact, c'est là du moins ce qu'assure Th. Addison (2); il a fait insuffler ces poumons, et l'insufflation a réussi. Il n'est pas dit que le tissu pulmonaire soit revenu à son état presque normal par l'insufflation, et les recherches de M. Oulmont nous permettent de croire qu'il n'en a pas été ainsi.

g) Je signalerai encore dans ce groupe les *embolies de l'artère pulmonaire* comme pouvant produire des phleg-

(1) Thèse de Paris, 1858; de la trachéotomie dans les cas de croup.

(2) Guy's Hospital Reports, 1845. II^e série; t. I, p. 574. *Observations on Pneumonia and its consequences.*

masies du poumon. Rappelons aussi que c'est à des caillots provenant des parties gangrenées et lancées au travers du cœur droit jusque dans les rameaux et ramuscules de l'artère pulmonaire que l'on a attribué l'origine des pneumonies gangréneuses dont nous avons parlé dans l'anatomie pathologique. Mais dans ces cas, il doit s'être fait une altération infectieuse du sang, dont il faut tenir compte.

h) Enfin, lorsqu'un abcès situé hors du poumon tend à s'ouvrir dans les bronches, il pourra se faire un simple travail ulcératif qui n'intéressera qu'une partie très-circoscrite du poumon; ou bien, au contraire, si l'abcès pénètre dans le tissu pulmonaire avant que la fistule se soit établie, il pourra déterminer une pneumonie grave, mortelle (Grisolle). On conçoit que la rupture dans les poumons des kystes hydatiques soit intra-thoraciques, soit extra-thoraciques, puisse y déterminer de même une phlegmasie plus ou moins intense.

II. AFFECTIONS DU CŒUR. — Les pneumonies sont très-fréquentes dans le cours de ces affections, surtout dans les périodes avancées. La connexion si étroite entre le cœur et la circulation pulmonaire explique facilement les congestions, les œdèmes, les hémorrhagies et les phlegmasies des poumons. M. Grisolle a observé la pneumonie comme lésion dans un quart des cas d'affections cardiaques qu'il a analysés, résultat conforme à celui qu'il cite d'après le docteur Glendinning. Dans la statistique du docteur Chambers que j'ai déjà mentionnée, on a noté sur 505 cas de maladies du cœur, 96 cas d'hépatisation, environ 1 sur 5. On trouve la fréquence de cette complication notée par tous les auteurs. Nous ne savons pas aussi bien de quelle nature a

été la lésion. Il est probable qu'elle a varié de l'hépatisation vraie, plus ou moins modifiée par l'infiltration séreuse et la stase sanguine, à la splénisation, à l'atélectasis, et à la pneumonie hypostatique.

C'est aux pneumonies intercurrentes qu'il faut rapporter ces indurations chroniques et à demi inflammatoires qu'on trouve chez les individus atteints de maladies du cœur (Gendrin, Raimbert).

III. FIÈVRES. — Dans la fièvre typhoïde, dans le typhus fever, dans les exanthèmes fébriles, on a observé très-fréquemment des pneumonies secondaires. Ce sont presque toujours des broncho-pneumonies sous forme lobulaire, ou sous forme de splénisation : mais il n'est pas rare d'observer la pneumonie hypostatique ; enfin la moins ordinaire des lésions est la pneumonie lobaire.

a). *Typhus fever et fièvre typhoïde.* — Déjà Laennec indiquait la fréquence des pneumonies dans les fièvres continues graves, et l'obscurité de leur diagnostic (4^e édit., t. 1, p. 590). Broussais en avait aussi parlé dans son *Histoire des phlegmasies chroniques*. Depuis lors, cette complication a été bien étudiée par M. Louis, qui a fait voir qu'elle existe dans 1/6^e des cas de fièvre typhoïde, par Stokes (*Diseases of the Chest*. Dublin 1837, article *typhoid pneumonia*), par M. Bazin, et par un grand nombre d'autres auteurs.

La pneumonie peut se montrer ici dans toutes ses variétés : forme lobaire, forme lobulaire, forme splénisée le plus souvent, forme hypostatique. Très-rare dans le premier septenaire, elle se déclare ordinairement dans la seconde ou la troisième semaine ; elle est fréquente dans les cas où il y a prédominance des phénomènes thoraci-

ques, et dans ceux qui s'accompagnent d'une profonde adynamie.

Dans le typhus, les complications phlegmasiques pulmonaires prennent quelquefois une grande intensité, et impriment à la maladie primitive un cachet qui lui fait donner en Allemagne le nom de pneumo-typhus.

b). Rougeole. — Le plus souvent l'affection secondaire est la broncho-pneumonie avec toutes ses formes : atelectasis, pneumonie lobulaire, et quelquefois aussi la congestion passive. Dans d'autres cas, on observe la pneumonie lobaire, soit à l'état d'hépatisation rouge, soit à l'état d'hépatisation grise lequel peut se produire très-rapidement (Franz Mayr, *mém. cité*). La complication pneumonique peut apparaître à toutes les époques de la maladie, et même dans la période consécutive. Hors le temps d'épidémie, elle se voit plus souvent chez les enfants que chez les adultes (Grisolle).

c). — Nous rapprochons de la rougeole la coqueluche qui a avec elle, comme a cherché à le démontrer M. le D^r G. Sée (1), un grand nombre de points de ressemblance. C'est aussi avec la rougeole, disent MM. Barthez et Rilliet, t. 2, p. 628, la maladie qui prédispose le plus aux complications bronchiques et broncho-pulmonaires; on peut même y rencontrer, mais rarement, la pneumonie lobaire. Ces phlegmasies, d'après ces mêmes auteurs, apparaissent d'ordinaire quand la période des quintes est établie depuis plusieurs semaines; elles peuvent se manifester par exception, et dans certaines épidémies, pendant la première semaine: elles sont très-rares pen-

(1) Arch. gén. de méd., sept., 1854.

dant les prodromes et beaucoup moins rares dans la troisième période. Dans une épidémie où 19 enfants de 1 mois à 4 ans succombèrent, le D^r Hewitt (1) trouva chez tous un état de collapsus partiel du poumon.

d). *Variole.* — Les complications pulmonaires inflammatoires sont rares : ce sont des noyaux disséminés de congestion et d'hépatisation. Tantôt, et moins rarement que dans les autres fièvres éruptives, c'est une hépatisation lobaire, dont on pourra reconnaître le développement par les signes ordinaires de la pneumonie ; mais ces pneumonies sont généralement méconnues, et elles se développent soit dans les premiers jours de l'éruption, soit lors de la convalescence (Barthez et Rilliet).

e). *Scarlatine.* — Les pneumonies et broncho-pneumonies secondaires sont ici très-rares : MM. Rilliet et Barthez n'en ont vu qu'un très-petit nombre de cas ; même à l'état épidémique, on ne les observe qu'exceptionnellement (M. Grisolle). Cet auteur cite toutefois une épidémie dans laquelle, par un singulier contraste, la pneumonie fut presque constante chez les malades qui succombèrent.

f). *Fièvre catarrhale. Grippe.* — La pneumonie a été observée souvent dans le cours des fièvres catarrhales ; c'est surtout pendant l'épidémie de 1837, que fut étudiée cette complication par MM. Grisolle, Landau et Nonat : depuis cette époque de nombreux travaux ont été publiés sur ce sujet, et n'ont fait que confirmer les résultats consignés par les premiers observateurs (Voir *Traité de la pneumonie*, p. 420 et suiv.). D'ailleurs, cette compli-

(1) *On the Pathology of the whooping-cough*, et Arch. de méd., janv. 1856.

cation des fièvres catarrhales avait été observée bien avant l'époque actuelle.

IV. PNEUMONIE PUERPÉRALE. — Tandis que dans l'état puerpéral, et surtout pendant la maladie qui a été désignée sous le nom de fièvre puerpérale, on a des occasions fréquentes de constater des pleurésies, il est au contraire assez rare de voir survenir des pneumonies, ou de rencontrer, à l'autopsie, des lésions pouvant être rapportées à ce genre de maladies. C'est là une proposition dont la vérité ne saurait être contestée, bien qu'elle semble contredite par le témoignage de plusieurs auteurs anciens. Mais l'imperfection des moyens d'exploration dont ils pouvaient disposer jette des doutes sur la valeur de leurs observations. D'ailleurs il serait possible que la pneumonie se montrât fréquemment par exception dans certaines épidémies; car on sait combien leur puissante influence peut modifier les maladies qui leur sont soumises. Quoi qu'il en soit, la pneumonie qui se manifeste dans l'état puerpéral a une marche rapide, est très-grave, tend à se terminer par la suppuration, et se rapproche par ce caractère de la pleurésie puerpérale.

V. — Stokes parle de pneumonie typhoïde observée, comme complication d'érysipèle grave, et il cite Borsieri comme ayant décrit une pneumonie érysipélateuse. Or, il serait facile d'ajouter au témoignage de Borsieri celui de plusieurs auteurs anciens. M. Gubler a appelé dans ces dernières années l'attention des médecins sur ces faits tombés dans l'oubli. Un des exemples les plus remarquables de pneumonie érysipélateuse, est celui qui a été recueilli par M. le docteur Goupil, en 1852, et que nous trouvons consigné dans la thèse très-intéres-

sante de M. Labbé (1). Il s'agit d'un érysipèle de la face qui, ayant débuté sur la face et le cuir chevelu, se propagea à la muqueuse buccale, au pharynx, au larynx, à la trachée et à quelques bronches, et entraîna la mort. A l'autopsie, on trouva un engouement inflammatoire très-prononcé des deux poumons, dans les lobes correspondant aux bronches phlogosées. Au centre du lobe inférieur gauche engoué, on voyait même un noyau d'hépatisation commençante.

Ici la maladie a marché de proche en proche de l'enveloppe cutanée jusqu'aux poumons. Dans d'autres cas, on a pu admettre une sorte de transport métastatique, un érysipèle de la jambe disparaissant au moment où apparaissent des symptômes de trachéo-broncho-pneumonie (Gubler, thèse de M. Lailler, 1848) (2). Il est probable, d'après les faits déjà connus, que le plus souvent la pneumonie érysipélateuse sera double; elle sera du reste en général constituée plutôt par une bronchite capillaire, une broncho-pneumonie, que par une pneumonie franche avec hépatisation (Labbé, *loc. cit.*).

Stokes a observé la pneumonie avec des caractères typhoïdes dans des cas d'inflammation diffuse du tissu cellulaire.

VI. On pourrait également admettre une pneumonie secondaire bilieuse. C'est celle qui a été décrite par Stoll sous le nom de péripneumonie bilieuse. L'apparition de l'affection pulmonaire était précédée pendant un temps

(1) *De l'érysipèle*. Thèses de Paris, 1858, p. 57.
(2) On a vu aussi l'érysipèle avoir pour point de départ une phlegmasie des bronches, du p^{ou}mon, phlegmasie que l'on a considérée comme érysipélateuse (Gubler; Aubrée, *Thèse inaug.*, 1857).

variable des phénomènes qui caractérisent l'état bilieux. Aujourd'hui, le plus souvent la pneumonie se déclare au milieu d'une bonne santé, et l'état bilieux se manifeste soit en même temps que la phlegmasie, soit quelques jours plus tard ; et, à considérer l'ensemble des faits, il paraît plus naturel de ranger la pneumonie bilieuse parmi les formes que peut affecter la pneumonie primitive.

VII. MALADIES PAR INTOXICATION MORVO-FARINEUSE, PURULENTE. — Ces deux groupes se réduisent à un seul, car, comme nous l'avons vu, la phlegmasie secondaire de la morve et du farcin est celle de l'infection purulente. Je n'indiquerai pas ici les diverses circonstances étiologiques de l'infection purulente ; je dirai seulement que toutes les fois qu'elle se produit, des complications pulmonaires peuvent apparaître et apparaîtront le plus souvent (phlébite utérine, par exemple).

VIII. *Intoxication paludéenne.* — Parmi les pneumonies qui se rattachent à cette cause, les unes se manifestent d'emblée sans avoir été précédées d'un état morbide produit par les miasmes paludéens ; dans d'autres cas, l'apparition de la pneumonie se serait faite consécutivement à des accès bien marqués de fièvre intermittente simple. Ces derniers cas devraient, seuls peut-être, rentrer dans la catégorie des pneumonies secondaires ; mais ce sont les plus rares parmi tous les faits de fièvre intermittente pernicieuse péripneumonique, comme le dit M. Grisolle (p. 428).

Dans la cachexie paludéenne, on voit se développer des pneumonies secondaires ; mais ces phlegmasies sont sous la dépendance de la cachexie, et elles sont d'ailleurs rares (*Trait. de la Pneum.*, p. 174).

XI. Certaines diathèses ont été invoquées comme causes plus ou moins éloignées de la pneumonie.

a) On a vu la pneumonie se développer chez des enfants atteints de tuberculisation, sans que les poumons fussent eux-mêmes le siège de tubercules (Barthez et Rilliet, t. III, p. 711). Doit-on dans ce cas attribuer une influence productrice à la diathèse tuberculeuse? Les poumons ne sont-ils pas alors dans un état particulier de prédisposition morbide?

b) On peut élever des doutes sur les liens qui uniraient la pneumonie à la syphilis dans quelques circonstances. Dans la thèse de M. Lagneau (1) se trouvent rapportés trois cas de pneumonie à marche lente, observée chez des sujets syphilitiques. Dans deux de ces cas, le traitement spécifique paraît avoir eu une influence heureuse sur l'issue de la maladie.

c) Les auteurs anciens admettaient que, parmi les affections viscérales pouvant être engendrées par la goutte, la pneumonie est une de celles qu'on observe communément; et, à une époque plus rapprochée de la nôtre, on a pu dire que de toutes les inflammations produites par le vice goutteux ou rhumatismal, la pneumonie était la plus fréquente. (Barthez, cité par M. Grisolle). Depuis lors, on a examiné la valeur de cette assertion et l'on s'est convaincu qu'elle est au moins très-exagérée; et même, il faut le dire, on cherche aujourd'hui s'il y a un seul cas avéré de pneumonie goutteuse. Scudamore n'en avait point trouvé, et les auteurs plus modernes ne nous

(1) Des maladies pulmonaires causées ou influencées par la syphilis. Obs. III, XXXIX, XLIV; Thèses de Paris, n° 158; 1851.

paraissent pas être arrivés à un autre résultat. Il est assez intéressant de se rappeler à cette occasion que la bronchite d'origine goutteuse est loin d'être rare.

d) La pneumonie n'est pas rare dans le rhumatisme. M. Grisolle cite un cas de pneumonie survenue dans le cours d'un rhumatisme aigu généralisé, et rapporte aussi un fait consigné par M. Andral dans sa *Clinique médicale* (t. III, p. 436).

Depuis la publication du *Traité de la pneumonie*, M. Grisolle a eu l'occasion d'observer un autre cas très-net de pneumonie paraissant liée à la diathèse rhumatismale, et survenue dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. La malade eut une nouvelle attaque en tout semblable trois ans après la première. (*Traité de pathol. int.*, 1855, 6^e édit., t. II, p. 859).

Je n'invoque pas le témoignage des auteurs anciens qui ont parlé de pneumonie rhumatismale, parce que, avant que l'auscultation et la percussion eussent mis à la disposition du médecin les moyens d'arriver à un diagnostic exact des affections pulmonaires, les inductions fondées sur les autres méthodes d'observation ne pouvaient donner le plus souvent que des résultats insuffisants.

Les cas de pneumonie rhumatismale peuvent se diviser en trois classes. Ou bien les douleurs des jointures et les autres phénomènes locaux disparaissent au moment de l'invasion de la pneumonie; ce sont les cas de ce genre qui rentrent dans l'histoire des métastases rhumatismales; ou bien, les phénomènes locaux peuvent persister avec leur première intensité. Enfin dans une troisième catégorie, on place les pneumonies développées comme manifestations du rhumatisme, sans que la phlegmasie pul-

monaire ait été immédiatement précédée par une affection aiguë des jointures. Mais pour pouvoir donner aux pneumonies de cette catégorie le nom de pneumonies secondaires avec quelque apparence de raison, il faut que des rhumatismes articulaires antérieurs, à des époques plus ou moins éloignées, révèlent au médecin qu'il a sous les yeux une économie occupée pour ainsi dire de longue main par la diathèse. Pour ne parler que des faits qui sont sans aucun doute relatifs à la pneumonie secondaire et qui forment les deux premières classes, ils ont frappé un grand nombre d'observateurs modernes, outre ceux que j'ai déjà cités. — En Angleterre, Fuller (1), Latham (2), Taylor (3) et autres ont rapporté des statistiques qui démontrent combien le rhumatisme s'accompagne fréquemment de pneumonie ou de pleuro-pneumonie. Dans le relevé de Fuller, on trouve 28 cas de phlegmasie pulmonaire sur 246 cas de rhumatisme, ou environ 1 sur 9. Ces pneumonies sont assez souvent doubles. Très-fréquemment elles sont associées aux complications cardiaques. Sur les 28 cas précités, il n'en est qu'un seul qui fut exempt.

M. le professeur Trousseau a aussi signalé des faits de pneumonie rhumatismale (*Union médic.*, 24 av. 1855).

Nous ne connaissons pas exactement l'anatomie pathologique de ces pneumonies; mais on a observé dans plusieurs autopsies qu'il y avait une splénisation des poumons, ou peut-être un simple collapsus pulmonaire.

(1) On rheumatism, rheumatic gout and sciatica, etc.

(2) Lectures on subjects connected with clinical medicine, etc.

(3) Med.-chir. Trans., vol. XXVIII, p. 514.

Une autre particularité analogue en rapport d'ailleurs avec la nature de cette lésion, c'est qu'alors on constatait les traces d'une inflammation des petites bronches (E. L. Ormerod) (1).

C'est probablement la splénisation ou le collapsus du poumon qui existent dans les cas de pneumonie rhumatismale à délitescence rapide.

X. Divers auteurs ont parlé d'affections thoraciques survenant dans le cours du scorbut. Lind indique les principaux symptômes que l'on observe alors, et il dit qu'il croit que la poitrine est toujours plus ou moins affectée dans cette maladie. Huxham a insisté, dans plusieurs passages de ses écrits, sur les complications thoraciques du scorbut et il les considère comme des péri-pneumonies. On doit penser que dans un grand nombre de cas, ce sont des gangrènes pulmonaires qui ont été observées par ces médecins célèbres. Les écrivains modernes ont pu apporter plus de rigueur dans leurs recherches. Dans ces dernières années, on a eu l'occasion d'étudier de nouveau le scorbut des armées. Dans la plupart des nécropsies, on a constaté une congestion sanguine plus ou moins considérable des poumons. M. Haspel (2) a noté que cette congestion, ordinairement limitée à la base et à la partie postérieure de ces organes, était quelquefois disséminée çà et là dans le parenchyme, et, dans quelques cas rares, entremêlée de portions granulées et friables comme dans la vraie

(1) Observations on cert. forms of dis. of the lungs (British med. Jour. 1858, p. 1026.)

(2) Considérations sur les maladies..... *Gaz. méd.*, 1855., p. 790.

pneumonie. Dans 5 cas (1) on a trouvé les poumons hépatisés et une abondante suppuration dans les plèvres. Peut-être la gangrène scorbutique des poumons est-elle précédée quelquefois par un travail phlegmasique, mais cela doit être très-rare, car M. Haspel nie qu'il en soit ainsi.

XI. a) Dans la maladie de Bright, on observe assez souvent la pneumonie, soit comme affection secondaire, soit comme phénomène ultime. M. Rayer (2) l'a rencontrée dans un douzième des cas. Elle était simple ou double, lobaire ou lobulaire ; et dans ce dernier cas, c'étaient des noyaux d'hépatisation rouge ou grise. Les auteurs qui ont précédé M. Rayer dans l'étude de la maladie de Bright, Bright lui-même, Gregory, Christison en ont rapporté des exemples ; Frerichs (3) a surtout vu cette pneumonie sous la forme lobaire.

La pneumonie complique très-souvent l'albuminurie scarlatineuse.

b) Dans le diabète, la pneumonie est encore une deutéropathie très-commune, et un grand nombre de diabétiques sont emportés par cette complication. Les différentes affections qu'on a étudiées dans ces derniers temps sous le nom de gangrènes glycoémiques (Marchal de Calvi) indiquent combien la nutrition élémentaire peut être atteinte dans cette dyscrasie. Peut-être pourrait-on chercher quelque lumière dans ces faits pour éclairer le

(1) Haspel, considérations anatomo-pathol. sur les altérations.... *Gaz. méd.*, 1859 ; 29 janvier.

(2) *Traité des mal. des reins*, t. II, p. 291.

(3) *Die Bright'sche Nierenkrankheit etc.*, 1851.

mode de génération de la pneumonie chez les diabétiques, alors qu'ils ne sont pas tombés dans une profonde cachexie.

c) *L'intoxication alcoolique* ne serait pas étrangère à la production de la pneumonie, suivant différents auteurs. Je ne parle point seulement de l'alcoolisme aigu. Des faits rapportés par M. Gasté (Mém. de chir. milit., t. LIII), d'autres faits consignés dans une thèse, et observés à la Charité dans les services de MM. Cruveilhier et Rayer (1), démontrent que des pneumonies peuvent se déclarer dans ces circonstances. Mais on ne peut pas donner le nom de pneumonies secondaires à ces affections déterminées si directement par l'influence du passage continu de l'alcool au travers du poumon. C'est de l'alcoolisme chronique qu'il s'agit ici. Or Stokes (2) a insisté sur la coïncidence de la pneumonie et de cet état morbide.

C'est pour lui une des formes de la pneumonie typhoïde. Elle attaque communément le poumon gauche, particulièrement dans sa portion inférieure; elle est souvent méconnue, et l'auteur précité l'a vue produire la suppuration de presque tout le poumon, alors que son existence n'avait pas même été soupçonnée. Cohn (3) a vu aussi la pneumonie se développer dans les mêmes conditions, et revêtir de même une forme typhoïde. Suivant Magnus Huss (4), les indurations pulmonaires, suites

(1) *De la pneumonie consécutive à l'intoxication alcoolique*, par M. La Borderie Boulou. Thèses de Paris, 1849.

(2) *Op. cit.*

(3) Journ. de Gunsbourg. 1855 et Canst. Jahr., 1855, t. III, p. 246.

(4) *Alcoolisme chronique*. Stockholm, 1852.

d'inflammations aiguës, se rencontrent assez souvent chez les ivrognes. Dans les cas de *delirium tremens*, l'inflammation pulmonaire a une marche plus rapide.

XII. La débilitation, quelle que soit sa source, constitue une prédisposition puissante à la pneumonie.

Chez les opérés, outre les pneumonies de l'infection purulente, il se développe quelquefois des pneumonies en connexion avec la faiblesse et l'épuisement. M. Erichsen (1) a analysé 62 nécropsies d'individus morts à la suite d'opérations; et il a vu que 39 fois les poumons avaient offert des lésions évidentes de pneumonie : sur ces 39 cas, il y avait eu 28 fois de l'hépatisation, et 11 fois les caractères communs au premier degré de la pneumonie à la congestion passive.

Chez les individus âgés, le repos forcé au lit, par suite de fracture des membres inférieurs par exemple, et le long séjour à l'hôpital, suffisent pour déterminer la production de pneumonies, le plus souvent latentes, qui emportent rapidement les malades (Grisolle, *op. cit.*, p. 173).

Il est de connaissance vulgaire que dans un très-grand nombre de cas de maladies chroniques, le cancer, quel que soit son siège, la cirrhose du foie et toutes les autres affections à marche lente et amenant une débilité très-grande ou une cachexie très-prononcée, la pneumonie peut naître à titre d'affection secondaire, le plus souvent ultime. Les individus atteints d'affections cérébrales chroniques, de démence, de paralysie générale, d'aliénation mentale, etc., sont de même souvent emportés par une pneumonie.

(1) Medico-chir. transact., vol. XXVI, p. 29.

La pneumonie doit être inscrite en première ligne parmi les accidents ultimes de toutes les maladies. C'est alors le plus souvent sous la forme hypostatique qu'on la rencontre à l'autopsie ; mais, comme je l'ai déjà dit, souvent ces congestions hypostatiques passent à l'état véritablement pneumonique, et le processus inflammatoire, sans donner lieu à des réactions bien notables, à cause de l'affaiblissement de tout l'organisme, peut encore alors parcourir avec rapidité ses diverses phases, et arriver, quoique très-rarement, jusqu'à la suppuration.

Nous venons de montrer quels sont les principaux états morbides qui se compliquent de pneumonies ; nous devons examiner actuellement les diverses circonstances étiologiques qui sont relatives à l'influence de l'âge, du sexe et des saisons. Nous emprunterons à M. Grisolles la plupart des détails qui suivent.

Age. Les pneumonies secondaires sont très-fréquentes chez les enfants ; c'est là un fait que tous les médecins livrés à l'étude de la pathologie infantile ont remarqué et signalé. Presque toujours à cet âge les phlegmasies pulmonaires consécutives sont des broncho-pneumonies produisant comme lésions des pneumonies lobulaires. A partir de l'âge de cinq ou six ans, disent MM. Barthez et Rilliet, quand on observe une broncho-pneumonie, elle est presque toujours secondaire (t. I, p. 470). Le sclérème des nouveau-nés, l'entéro-colite, la gangrène de la bouche, se compliquent souvent de pneumonies. La débilité native, les maladies antérieures, le rachitisme, le séjour à l'hôpital, et toutes les conditions anti-hygiéniques, sont des causes prédisposantes dont il faut tenir compte.

Chez les vieillards, il y a aussi une grande tendance aux pneumonies secondaires. La débilité sénile, l'alanguissement de la nutrition intime, établissent dans la vieillesse les prédispositions que d'autres conditions du même ordre déterminent dans le jeune âge. De même que chez les enfants, c'est aussi la broncho-pneumonie que l'on rencontre le plus souvent. La lésion la plus ordinaire est la pneumonie lobaire, soit œdémateuse (Cruveilhier), soit combinée à l'hypostase congestionnelle.

Sexe. Contrairement à ce que l'on constate pour la pneumonie primitive, la pneumonie secondaire est aussi fréquente chez l'homme que chez la femme.

Saisons. L'hiver et le printemps sont les saisons dans lesquelles on observe le plus souvent les pneumonies secondaires. Il faut remarquer que ces pneumonies sont le plus souvent liées à des bronchites et que les saisons que nous avons indiquées ont une influence incontestable sur le développement de ces affections. Cependant l'influence des saisons est moins grande, relativement aux phlegmasies consécutives des poumons qu'aux phlegmasies primitives : d'autres conditions introduisent ici un nouvel élément ; ce sont les épidémies de rougeole, de coqueluche, de fièvre catarrhale, etc. On a remarqué aussi que les complications pneumoniques sont plus fréquentes dans certaines épidémies que dans d'autres, sans que les circonstances extérieures puissent en rien expliquer ces différences.

Causes occasionnelles. La seule cause occasionnelle mentionnée par M. Grisolle est l'action directe du froid, et ce n'est que dans deux cas qu'il a pu l'invoquer d'une façon légitime. Toutefois, comme beaucoup de malades affaiblis ou délirants se lèvent ou se découvrent

pendant qu'ils sont en sueur, on ne peut pas, comme le fait remarquer le même auteur, apprécier à sa juste valeur l'influence de cette cause.

Si l'on cherche à pénétrer dans la pathogénie des pneumonies secondaires, on voit, dit M. Grisolle, « qu'il y a dans les maladies aiguës et chroniques deux conditions communes à toutes, qui existent le plus souvent ensemble, d'autres fois isolément: ce sont le *mouvement fébrile et la faiblesse*. Ces deux circonstances paraissent jouer le principal rôle dans la production des pneumonies secondaires. » M. Grisolle, comparant ces deux circonstances l'une à l'autre, n'hésite pas à attribuer la plus grande part à la faiblesse.

Dans la théorie toute mécanique qu'il a émise, M. Gairdner admet que la faiblesse agit comme cause prédisposante, en rendant insuffisants les mouvements inspiratoires d'une part, et d'autre part en diminuant l'énergie des secousses de la toux et des efforts d'expectoration; d'où il résulte que l'air inspiré ne peut pas s'ouvrir un passage au milieu des mucosités bronchiques, et que ces mucosités ne peuvent point être expulsées. Mais cette explication est évidemment trop étroite: elle ne peut s'appliquer avec quelque vraisemblance qu'à l'état *foetal*; et, inadmissible pour la pneumonie lobaire, elle est même insuffisante pour la pneumonie lobulaire, puisque nous avons vu que les lésions de cette affection sont en général différentes de celles de l'atélectasis vrai, et se rapprochent par leurs caractères des lésions inflammatoires.

Ainsi, sans nier d'une façon absolue que la théorie de

Gairdner puisse être invoquée dans certains cas, nous voyons cependant que les difficultés restent les mêmes pour la grande majorité des pneumonies secondaires.

De quelle façon peut-on donc concevoir le mode d'influence des causes générales que nous venons d'indiquer ? Et pourquoi les poumons sont-ils les organes le plus souvent atteints dans ces conditions ? Ce sont là des questions auxquelles il n'est guère possible de donner des réponses complètement satisfaisantes. Disons d'abord qu'aujourd'hui on reconnaît bien que l'hyposthénie, loin de repousser pour ainsi dire toute alliance avec l'état phlegmasique, constituerait plutôt une prédisposition à l'inflammation. Que dans cet état d'abaissement des forces, une cause même légère vienne à irriter un organe, cet organe pourra devenir le siège d'un processus inflammatoire. Or, à en juger par la fréquence des phlegmasies qu'on y observe, le poumon semble être le terrain le plus favorable à leur développement, ce qu'il doit sans doute à sa structure éminemment vasculaire, et peut-être aux autres particularités de sa texture, à ses relations spéciales avec le système nerveux. De plus, on ne doit pas perdre de vue que les maladies fébriles aiguës s'accompagnent d'ordinaire, dès leur début, d'une congestion pulmonaire plus ou moins prononcée, ce qui constitue certainement une prédisposition aux phlegmasies. C'est là probablement la part de la fièvre dans l'étiologie générale.

L'affaiblissement général de l'économie dispose aussi au catarrhe bronchial qui précède dans un grand nombre de cas, comme nous l'avons vu, les pneumonies secondaires. Nous pouvons ici invoquer, comme une analogie, les résultats de certaines expérimentations sur les

animaux. Après la section des nerfs vagues chez le chien, on constate assez souvent après la mort, une accumulation plus ou moins notable de mucosités dans les bronches, de l'emphysème vésiculaire, et des noyaux de congestion et d'induration pulmonaires, tout à fait comparables aux lésions de la pneumonie lobulaire et de l'état foetal. Comme dans ces cas, l'insufflation restitue au tissu altéré tous les caractères de l'état normal. N'y a-t-il pas là un rapprochement à faire entre ces deux ordres de faits, en y introduisant, bien entendu, les modifications que nécessite une comparaison entre un état lentement et progressivement développé chez un homme malade et un état brusquement déterminé, comme par traumatisme, chez un animal et dans un organisme sain ? Ne pourrait-on pas admettre chez l'homme malade, et surtout lorsque le système nerveux central est profondément atteint, troublé, affaibli, une diminution de l'action des nerfs vagues, et les conséquences qui doivent s'ensuivre ? C'est, je le répète, l'analogie qui existe entre les résultats expérimentaux et les observations pathologiques qui m'engage à émettre cette vue hypothétique déjà indiquée par Gairdner.

Il est, du reste, un certain nombre de maladies dont le catarrhe bronchial fait pour ainsi dire partie intégrante, par exemple la rougeole, la coqueluche, la fièvre typhoïde. Ce n'est point de ces maladies que je viens de parler, mais des états morbides dans lesquels le catarrhe est lui-même secondaire.

Quoi qu'il en soit de ces tentatives d'explication, le fait est patent ; la faiblesse est une des conditions prédisposantes les plus puissantes de la pneumonie secondaire. Les conséquences de cette faiblesse se font sentir

dans tous les organes; la force des contractions du cœur diminue dans certains cas, les vaisseaux se dilatent passivement, et le sang, ne recevant plus qu'une faible impulsion, tend à obéir aux lois de la pesanteur qui le sollicitent constamment. Il s'accumule dans les parties déclives; et ces congestions passives doivent être et sont en effet très-prononcées dans les poumons, à cause de leur riche vascularité. Ces congestions prennent certainement une part plus ou moins grande dans la production des pneumonies secondaires, car celles-ci siègent presque constamment au niveau du bord postérieur et des lobes inférieurs des poumons chez les individus couchés dans le décubitus dorsal; au niveau des parties antérieures, lorsque, par des circonstances quelconques, le décubitus a été abdominal (Grisolle, *Op. cit.*, p. 180 et 181); et, dans un cas où une malade avait dû rester constamment assise dans son lit, l'hépatisation était bornée à la base des deux poumons (Rayer, *Mal des reins*, t. II, p. 293).

Les modifications de la crase du sang par les divers poisons morbides et par toutes les affections générales, que ces modifications soient aiguës ou bien qu'elles aient été déterminées peu à peu, comme dans la plupart des diathèses et des cachexies, doivent concourir aussi, mais par un mécanisme profondément ignoré, à la production des phlegmasies secondaires du poumon. Ces modifications ont vraisemblablement, dans certains cas, une influence sur le mode de terminaison de la pneumonie (infection purulente, pneumonie puerpérale).

Dans d'autres circonstances, on voit bien la relation qu'il y a entre la cause et l'effet. Toutes les fois qu'une lésion siège dans les poumons ou qu'elle l'envahit, on conçoit

qu'elle forme là une sorte d'épine qui peut produire une irritation dans les points avec lesquels elle se trouve en contact, et amener ainsi la naissance d'une phlegmasie; c'est ainsi qu'on peut s'expliquer les pneumonies secondaires aiguës ou chroniques déterminées par les tubercules pulmonaires, par l'apoplexie, la gangrène pulmonaire et les ruptures d'abcès ou de kystes d'organes voisins dans les poumons. Il est vrai que les pneumonies des tuberculeux ne sont pas toujours en rapport exact avec le siège des lésions (Louis); mais, même dans ces cas, il est difficile de se refuser à accorder à l'irritation engendrée par ces lésions, une part dans le développement de l'affection secondaire.

SYMPTOMATOLOGIE.

Nous ne décrivons point les symptômes de la pneumonie secondaire dans chaque circonstance particulière que nous a révélée l'étiologie. Nous devons nous borner à un examen tout à fait général des symptômes, examen dans lequel nous chercherons surtout à montrer les différences qui existent sous ce rapport entre la pneumonie secondaire et la pneumonie primitive. Rappelons que la pneumonie secondaire est dans un grand nombre de cas une broncho-pneumonie, et que l'on doit s'attendre en conséquence, par cela seul et indépendamment de toutes les autres conditions, à voir les phénomènes symptomatiques s'éloigner des caractères qu'ils présentent dans la phlegmasie franche et primitive du poumon.

A. Dans la plupart des cas, d'après M. Grisolle, on n'observe point de prodromes. Lorsque la maladie primitive ne produit pas un trouble profond de l'économie, il pourra au contraire s'en manifester, mais ils passeront généralement inaperçus, ou leur signification sera méconnue.

B. Si nous consultons le *Traité de la Pneumonie* sur le mode d'invasion des pneumonies consécutives, nous voyons que le frisson initial manque très-souvent, ou bien est très-léger et passager ; et il en est de même du point de côté. Mais il faut distinguer sous ce rapport les pneumonies lobaires des pneumonies lobulaires ou broncho-pneumonies et de la splénisation.

La pneumonie secondaire avec hépatisation s'annonce assez communément par un point de côté. C'est ainsi que dans la phthisie pulmonaire, dans la néphrite albumineuse, dans diverses affections viscérales chroniques, il n'est pas rare de constater, au moins chez les adultes, l'existence d'une douleur thoracique plus ou moins violente et plus ou moins étendue, au moment de l'invasion de la maladie secondaire (Louis, Grisolle). Quoique le plus souvent le point de côté manque dans les pneumonies bâtardes, cependant on l'a observé dans la pneumonie de la grippe (Grisolle, Nonat); il était même constant lors de l'épidémie de 1837. Suivant Stokes (*loc. cit.*) dans les pneumonies typhoïdes, et il les donne comme presque toujours secondaires, la douleur peut manquer, alors même que la plèvre est atteinte.

La dyspnée, d'après M. Grisolle, se rencontre comme phénomène initial chez la moitié des sujets, et elle est, sous ce rapport, importante; surtout dans certains cas (pneumonie de la morve et de l'infection purulente, pneumonie des aliénés). Elle se montre plus rarement au début des fièvres graves. La dyspnée habituelle chez des individus atteints d'affections thoraciques ou cardiaques s'aggrave assez souvent. Il est bien plus rare de voir la toux et la dyspnée symptomatiques d'un asthme ou d'un ancien catarrhe diminuer ou même cesser tout à fait au moment de l'invasion de la pneumonie; MM. Hourmann et Dechambre ont observé ces faits exceptionnels chez les vieillards.

M. Grisolle, auquel nous empruntons ces détails, place encore parmi les phénomènes initiaux que l'on peut rencontrer, une prostration subite et la décomposition des

traits, M. Andral cite aussi un fait de ce genre (Clin. méd., 4^e édit., t. III, p. 400).

Chez les aliénés, c'est aussi la dyspnée et la prostration qu'on observe d'ordinaire; quelquefois, l'agitation et le délire peuvent cesser (Grisolle, Thore).

C. Lorsque la pneumonie secondaire est déclarée et qu'elle suit son cours, les phénomènes symptomatiques que nous venons de mentionner peuvent manquer pendant toute la durée de la maladie. En général, le point de côté a fait défaut d'autant plus souvent que la faiblesse des sujets était plus grande; mais « cependant la faiblesse la plus grande n'est pas une circonstance qui exclue la douleur de côté, et même une « douleur très-vive. » (Grisolle). Ce phénomène peut d'ailleurs n'être pas signalé par les malades dont les facultés cérébrales sont troublées.

La dyspnée peut devenir très-considérable, surtout dans les cas dans lesquels existe déjà une oppression habituelle (affections organiques du cœur, phthisie, emphysème). Chez les enfants, l'accélération de la respiration peut devenir extrême; ou bien, comme Valleix l'avait observé chez les enfants atteints de sclérème, les mouvements respiratoires sont quelquefois très-irréguliers; ce qui tient plutôt à la maladie primitive qu'à la pneumonie secondaire. Dans des cas assez rares, le nombre des mouvements respiratoires diminue (*Pneumonie tuberculeuse*, Barthez et Rilliet).

D. « La toux est un des symptômes les plus importants dans l'histoire des pneumonies secondaires; car « il est quelquefois le premier phénomène morbide qui « fixe l'attention du médecin sur une complication grave

« survenue du côté de la poitrine. » (Grisolle). Lorsque les malades toussent déjà avant l'invasion de la pneumonie, ou bien la toux augmente, ce qui est le plus ordinaire, ou bien elle ne subit aucune modification; ou bien enfin, par exception, elle peut diminuer, comme M. Grisolle l'a observé dans un cas. C'est surtout chez les individus très-affaiblis que la toux fait quelquefois défaut; dans certains cas, elle est très-peu marquée et l'on peut croire à tort qu'elle a manqué. L'absence complète de ce phénomène est une chose excessivement rare (Grisolle).

Chez les enfants, les phlegmasies pulmonaires consécutives sont presque constamment des broncho-pneumonies, et l'on doit par conséquent s'attendre à voir figurer la toux parmi les symptômes ordinaires de ces complications; mais elle est liée à l'affection catarrhale des bronches plutôt qu'à la lésion du tissu pulmonaire. D'après M. Grisolle, dans certaines maladies accompagnées d'une toux ayant des caractères spéciaux, on a observé que la pneumonie consécutive modifie ces caractères: ainsi, dans la coqueluche, les quintes deviennent moins fréquentes et comme étouffées. D'autres fois, les deux maladies conservent leur toux propre; dans les intervalles de la toux quinteuse, se montre une toux grasse, sans reprises.

Les *produits de l'expectoration* varient beaucoup. Dans un très-grand nombre de cas, ils conservent les caractères qu'ils présentaient auparavant; d'autres fois, ils deviennent plus visqueux, ou bien ils sont plus ou moins teints en jaune, rouillés. On peut dire d'une façon générale que dans les pneumonies ultimes, et que dans tous les cas où la phlegmasie secondaire est bâtarde, c'est-

à-dire constituée anatomiquement par la splénisation ou la pneumonie lobulaire, il n'y a aucun changement notable dans l'expectoration. Dans certaines circonstances, il n'y a pas d'expectoration, et il est par conséquent impossible de connaître les caractères des sécrétions bronchiques. C'est ce qu'on observe chez les déments paralytiques et chez les jeunes enfants.

La *percussion* peut faire constater une matité plus ou moins nette au niveau des lésions pulmonaires. Cette méthode d'exploration conduira ainsi quelquefois à soupçonner le développement d'une phlegmasie secondaire du poumon dans des cas où une bronchite concomitante empêcherait de distinguer les signes stéthoscopiques de cette affection. La nature de l'altération pulmonaire aura d'ailleurs une grande influence sur les résultats de la percussion qui pourra ou bien ne point révéler cette altération, si elle est très-bornée ou très-disséminée, ou bien ne fournir que des indications très-vagues. Parfois même, on pourra trouver dans toute l'étendue de la poitrine une sonorité exagérée en rapport avec l'emphyseme qui accompagne la broncho-pneumonie. Enfin la matité peut être mobile, paraître très-rapidement et disparaître de même, fait qui aura son pendant dans les résultats de l'auscultation.

L'*auscultation* fournit quelquefois des résultats très-nets; d'autres fois elle ne donne que des renseignements nuls ou insuffisants. Sur 14 cas de pneumonies secondaires, M. Grisolle a trouvé 7 fois une respiration bronchique mêlée à un râle crépitant plus ou moins nombreux; 4 fois il y avait une crépitation en général grosse et humide; 1 fois, le bruit respiratoire était faible ou nul; 2 fois, des râles muqueux, sibilants et ronflants

empêchaient de percevoir distinctement et la respiration bronchique et le râle crépitant qui semblaient toutefois exister (*Op. cit.*, p. 291 et 292). Il résulte de là que, chez les adultes, les signes caractéristiques de la pneumonie peuvent faire défaut dans la moitié des cas; une statistique appuyée sur des chiffres plus élevés serait, il est vrai, nécessaire pour bien établir cette proposition.

Dans les phlegmasies pulmonaires caractérisées par la splénisation, on peut entendre du râle crépitant (Louis); dans certains cas, l'absence du bruit respiratoire, et une crépitation humide, grosse, rare et disséminée, sont les seuls signes stéthoscopiques (Grisolle). Suivant ce dernier auteur, la respiration bronchique, qui peut avoir les mêmes caractères que dans les pneumonies primitives, manquerait dans la moitié des cas pour le moins, lorsque la pneumonie atteint des individus débilités et épuisés, soit que les conditions anatomo-pathologiques soient différentes, soit que les mouvements respiratoires soient trop faibles. Le souffle bronchique de la splénisation est généralement faible et peu marqué. Quelquefois cependant, chez les individus affectés de fièvre typhoïde, l'examen de la poitrine révèle au niveau des points splénisés un souffle très-marqué, et ce souffle paraît se développer très-rapidement, en même temps que la splénisation, dans des points où les jours précédents on ne percevait que les signes stéthoscopiques du catarrhe bronchique. Le souffle de la splénisation est accompagné d'une bronchophonie moins retentissante que celle qui est en rapport avec l'hépatisation vraie.

Dans les pneumonies consécutives à la phlébite, surtout dans celles qui produisent les abcès des poumons,

il n'est pas rare que l'auscultation ne démontre aucune modification notable du murmure respiratoire.

Dans les pneumonies ultimes, l'auscultation, qui est d'ailleurs bien rarement pratiquée, ne donne, en général, aucun signe de condensation pulmonaire, à cause des différents râles qui se passent dans l'arbre respiratoire.

Dans les pneumonies lobulaires, les broncho-pneumonies des enfants, les symptômes sont quelquefois bornés à ceux de la bronchite ; dans d'autres cas, et suivant les circonstances, on pourra reconnaître l'existence de râle sous-crépitant ou plus rarement crépitant, d'obscurité de la respiration, de l'expiration prolongée, rude, ou même bronchique. Il peut y avoir, en même temps, retentissement du cri : souvent, tous les autres phénomènes étant voilés par les râles de la bronchite, ce retentissement se reconnaît encore et est par conséquent un précieux indice. Si la pneumonie lobulaire est disséminée, les signes stéthoscopiques dont nous venons de parler seront eux-mêmes plus ou moins diffus et disséminés ; si l'affection est généralisée, les signes stéthoscopiques auront une grande ressemblance avec ceux de la pneumonie vraie, mais ils se perdront encore fréquemment au milieu des manifestations de la bronchite. Ajoutons que dans la broncho-pneumonie des enfants, on remarque une grande mobilité des signes, ce qui montre un rapport de plus entre la phlegmasie pulmonaire des enfants et celle des vieillards : on a constaté, en effet, chez ceux-ci, la mobilité de la pneumonie (Beau, *Journ. de méd.* 1843, p. 337).

Les phénomènes stéthoscopiques, quel que soit l'âge des malades, se perçoivent souvent des deux côtés, la pneumonie étant fréquemment double, ainsi que je l'ai

dit : les résultats de la percussion s'accordent parfaitement sur ce point avec ceux de l'auscultation.

Le *pouls* s'accélère si l'affection secondaire survient dans le cours d'un état morbide apyrétique ; sa fréquence augmente dans la moitié des cas, lorsque la pneumonie complique une affection fébrile (Grisolle). Chez les enfants très-jeunes, la pneumonie consécutive peut ne pas s'accompagner d'accélération du pouls. En général, elle serait peu notable (Valleix).

M. Grisolle a constaté une *élévation de température* dans les neuf dixièmes des cas de pneumonies compliquant des maladies chroniques apyrétiques. Les auteurs du *Compendium de médecine* disent avoir aussi observé le même phénomène à l'aide du thermomètre : nous avons vu que, suivant Traube, une élévation de la température coïncide toujours avec le développement de la splénisation. C'est donc là un fait important à noter au point de vue du diagnostic, car il peut, à défaut d'autre signe, mettre sur la voie d'une complication phlegmasique des poumons. Chez les enfants atteints de broncho-pneumonie, la peau, suivant MM. Barthez et Rilliet, n'est pas sèche et ardente comme dans la pneumonie lobaire. Cette proposition ne doit pas être considérée comme l'expression d'un fait constant, car si elle est conforme aux résultats obtenus par Valleix qui avance même que souvent la température s'abaisse, d'autre part elle est en opposition avec les recherches de Legendre. Cet observateur a, en effet, trouvé la peau sèche et brûlante, au moins dans les premiers temps de la maladie. Mais ces différents résultats ont été obtenus, soit dans des cas très-particuliers de broncho-pneumonie secondaire, soit dans la broncho-pneumonie primitive, ce qui ex-

plique leur opposition et leur enlève toute valeur au point de vue de notre sujet. Chez les vieillards, on constate que la chaleur, bien qu'un peu élevée, est moins forte que dans la pneumonie franche, qu'elle est intermittente ou continue, sèche ou humide (Roccas). Enfin, on a vu la température s'abaisser chez les adultes très-affaiblis. On conçoit combien la nature de la maladie primitive doit avoir d'influence sur ces modifications de la température.

Le *facies* des malades ne présente pas toujours les mêmes caractères. Tantôt c'est une rougeur sombre qui se répand sur le visage, avec injection des conjonctives, ce qui donne à la face l'aspect typhoïde (Stokes); tantôt c'est une pâleur livide, une décomposition des traits, l'aspect cadavéreux (Grisolle, Andral). Dans un bon nombre de cas, il n'y a aucune modification saisissable du facies; ou bien l'expression du visage est celle qui y est imprimée par l'anxiété et la dyspnée. On a encore observé un amaigrissement très-rapide (Grisolle).

Très-souvent on trouve dans le décubitus, dans l'habitude extérieure des malades, dans l'ensemble des phénomènes qu'ils présentent, les traits caractéristiques de l'état typhoïde; c'est ce qui se voit surtout dans les pneumonies consécutives à la fièvre typhoïde, au typhus fever, à la variole : dans celles qui se montrent pendant le cours des affections cancéreuses, des phthisies avancées, des maladies chroniques des reins, ou du foie; de celles des centres nerveux (Grisolle), et entre autres, de la paralysie générale et de la démence (Thore, Baillarger, cités par M. Grisolle) : dans les cas où les affections secondaires compliquent l'entérite, l'érysipèle grave, les

phlegmons diffus, la phlébite, le *delirium tremens* (Stokes).

Chez les enfants, la pneumonie secondaire peut s'accompagner de convulsions : c'est surtout chez les enfants de deux à trois ans, d'après MM. Barthez et Rilliet (*op. cit.*, t. I, p. 467), et principalement lorsque la maladie est consécutive à la coqueluche, que l'on doit redouter leur apparition.

Je ne parlerai pas des symptômes de la pneumonie chronique secondaire. Ordinairement elle est tout à fait méconnue pendant la vie. D'ailleurs dans les rares circonstances où l'on pourrait en soupçonner l'existence, les signes qu'elle fournirait ne différeraient le plus souvent en rien de ce que l'on peut observer dans la pneumonie chronique primitive. Quelquefois, comme je le dirai dans l'article consacré au diagnostic, les lésions chroniques du poumon se traduisent par des phénomènes symptomatiques analogues à ceux de la phthisie pulmonaire.

FORMES.

Les symptômes de la pneumonie secondaire se groupent et s'associent de différentes façons, et constituent ainsi un certain nombre de formes plus ou moins distinctes. On doit évidemment séparer d'abord, au point de vue des symptômes aussi bien qu'à celui de l'anatomie pathologique, la pneumonie hypostatique, la pneumonie lobulaire et la pneumonie à splénisation, de la pneumonie lobaire. En effet, tandis que celle-ci se présente assez fréquemment avec tous les signes rationnels et physiques de la pneumonie primitive, les autres états morbides sont très-souvent plus ou moins latents. En ne considérant que les symptômes, la physionomie de leur ensemble, ainsi que la marche de la maladie, on pourrait peut-être établir d'une façon très-générale les deux formes que Legendre a décrites dans l'histoire de la pneumonie catarrhale chez les enfants, savoir la forme asphyxique et la forme lente. Il est certain que la pneumonie consécutive peut se montrer sous ces deux formes, produisant dans un cas une oppression et une dyspnée croissante avec des symptômes d'asphyxie progressive, ou bien au contraire elle peut se développer lentement, miner peu à peu la constitution déjà affaiblie, et achever pour ainsi dire l'œuvre destructrice de la maladie primitive.

Mais il est une autre forme qui a un cachet bien plus

net, et que l'on ne peut se dispenser d'admettre, c'est la forme typhoïde, ataxique ou adynamique. Nous avons déjà signalé plusieurs des circonstances dans lesquelles la maladie revêt cette forme. Nous rappellerons surtout, parmi ces circonstances, les fièvres graves, toutes les affections en connexion avec une altération du sang, et les affections cérébrales. Cette forme a d'autant plus de tendance à se manifester que les sujets sont plus âgés et plus affaiblis (Laennec, Cruveilhier, Grisolle). Dans un certain nombre de cas, plus fréquemment que dans la pneumonie primitive, on a observé du délire.

Dans la pneumonie de la grippe, on a noté la prostration, et tout l'ensemble des phénomènes caractéristiques de l'état typhoïde ; langue sèche, noirâtre ou brune, stupeur profonde des traits, soubresauts des tendons et évacuations involontaires ; quelques malades ont présenté un délire violent suivi d'un état de roideur et de contracture (Grisolle). Mais, comme le fait remarquer cet auteur, ces différents troubles graves n'étaient pas en rapport avec l'étendue de la lésion, et l'on doit, pour les expliquer, tenir compte de l'affection générale primitive.

Quelquefois enfin, la maladie consécutive ne se révèle par aucune manifestation qui puisse éveiller l'attention du médecin, et le porter à examiner les organes thoraciques. C'est là la forme latente. Elle n'est pas rare dans le cours des maladies graves, lorsque l'affection secondaire se montre chez de jeunes enfants, ce qui est dû en grande partie à ce qu'elle est lobulaire, ou lorsque la maladie primitive a produit des troubles des facultés intellectuelles. Aussi l'observe-t-on assez communément chez les aliénés. « Chez eux, les sympathies sont émou-

« sées ou limitées ;... ils continuent à marcher, à se pro-
« mener ;... et l'on ne pense pas à rapporter à la cause
« véritable l'altération qu'on trouve quelquefois imprimée
« sur leurs traits. Enfin ils succombent tantôt brusque-
« ment, et dans une espèce de syncope, quelquefois dans
« l'espace de quelques heures et dans un état d'orthop-
« née, et à l'autopsie on découvre avec surprise une
« inflammation étendue des poumons (Grisolle). »

D'une façon générale la diminution de l'énergie nerveuse, la nature de la lésion, l'affaissement ou le trouble des facultés intellectuelles, sont les conditions qui déterminent l'état latent des pneumonies secondaires.

MARCHE.

Les pneumonies secondaires diffèrent sous le rapport de la marche des pneumonies primitives ; mais, comme le dit M. Grisolle (*op. cit.*, p. 352), on ne saurait avoir à ce sujet aucune règle fixe et invariable. Cet auteur a étudié la marche de la pneumonie de la fièvre typhoïde et a vu que dans les deux tiers des cas, elle suit une marche plus lente que la pneumonie ordinaire, fait signalé d'une façon très-précise par Stokes qui ajoute que, dans ces cas, des hépatisations chroniques (il veut dire probablement prolongées) avec ou sans fièvre hectique, ou des congestions obscures, peuvent durer plusieurs semaines. Il y a là probablement un peu d'exagération ; le plus souvent, dans les deux tiers des cas, selon M. Grisolle, les signes d'engouement obscurs, mal dessinés, persistent pendant plus d'un septénaire : dans les autres cas, la marche est plus rapide, et la pneumonie, d'abord limitée à un poulmon, a une grande tendance à envahir l'autre poulmon et à se terminer par la mort.

Dans la pneumonie de la grippe, M. Grisolle a vu quelques-uns des signes stéthoscopiques se maintenir chez plusieurs malades jusqu'au 36^e, 37^e, 39^e et 51^e jour, la santé s'étant d'ailleurs entièrement rétablie.

On constate que la pneumonie secondaire de la phthisie pulmonaire, des affections du cœur et du cerveau, a en général une marche analogue à celle de la pneumonie secondaire de la fièvre typhoïde.

Les phlegmasies pulmonaires consécutives à la néphrite albumineuse, à la rougeole, à la variole, à la phlébite, ont ordinairement des allures bien plus rapides. Nous voyons dans le *Traité de la pneumonie*, auquel j'ai emprunté ces détails, que « sur 16 individus, il en est 13 ou 14 chez lesquels il a suffi de 12, 24 ou 36 heures au plus pour voir la pneumonie passer de l'engouement à l'hépatisation rouge ou à la splénisation. » Chez les déments paralytiques, une durée de 3 jours suffit pour que la pneumonie parcoure ses phases et pour que l'on trouve à l'examen nécroscopique les lésions de ses divers degrés (Thore, cité par M. Grisolle).

Une particularité intéressante relative à l'étude de la marche de la maladie, c'est la mobilité qu'elle peut présenter dans certains cas. J'ai déjà parlé de ce fait : M. Beau a montré que ce caractère s'observe dans la pneumonie des vieillards, et plusieurs observateurs ont confirmé cette remarque. La respiration bronchique apparaît avec une grande rapidité (Boraud, Thèse de Paris, 1847), se déplace, s'entend parfois des deux côtés en même temps, disparaît du matin au soir, et est perçue le lendemain sur un autre point (Roccas, Thèse de Paris, 1850, p. 14). On ne comprendrait pas cette mobilité si l'on admettait que dans ces cas il s'agit de la vraie pneumonie; mais nous savons qu'il n'en est rien, et que, dans les broncho-pneumonies des vieillards, la lésion pulmonaire est une splénisation, ou même qu'elle peut offrir de grandes analogies avec l'atélectasis infantile.

C'est aussi parce que, dans certains cas, la pneumonie secondaire du rhumatisme appartient au même genre de lésion ou bien parce qu'elle a à peine dépassé la période d'engouement, que l'on se rend compte de la rapide ré-

trocession (Trousseau, *loc. cit.*) qui fait quelquefois disparaître cette deutéropathie. La mobilité de la pneumonie rhumatismale peut se manifester encore par des fluctuations singulières des symptômes, les phénomènes stéthoscopiques apparaissant ou disparaissant d'un jour à l'autre, en suivant exactement les alternatives de l'affection articulaire (Grisolle, *Traité de path. int.*, 1855, t. II, p. 859). Cependant il faut noter que la pneumonie secondaire du rhumatisme, une fois déclarée, suit en général une marche analogue à celle de la pneumonie primitive.

Dans les circonstances rares dont j'ai parlé précédemment, où l'on pourrait admettre une pneumonie secondaire, consécutive à la fièvre intermittente simple, cette phlegmasie affecte, mais seulement dans les premiers temps, une marche intermittente ou rémittente, les phénomènes locaux pouvant se montrer par accès, et disparaître ou diminuer pendant les intermissions.

Dans la pneumonie catarrhale, surtout celle des épidémies de grippe, la marche est souvent irrégulière. Chez un quart des malades observés par M. Grisolle, la pneumonie demeurait deux, trois et même six jours stationnaire à l'état de simple engouement, puis tout à coup elle passait au deuxième degré (*op. cit.*, p. 424).

Chez les enfants, la marche des pneumonies secondaires varie suivant qu'elles se présentent sous la forme asphyxique ou sous la forme congestive. Dans le premier cas, la marche est rapide; dans le second cas, elle est lente. Dans cette dernière forme, il y a une exacerbation très marquée tous les soirs, et le paroxysme se calme vers le matin (Legendre).

Chez les vieillards, dont les pneumonies secondaires sont le plus souvent des broncho-pneumonies, comme

chez les enfants, on retrouve les mêmes formes de la maladie (Roccas), et par conséquent, il y a la même différence dans la rapidité de la marche selon qu'ils sont affectés de la forme asphyxique ou de la forme congestive.

COMPLICATIONS.

D'après les recherches de M. Grisolle, les complications seraient bien moins fréquentes dans les pneumonies secondaires que dans les pneumonies primitives. Je ne parle pas de la bronchite. Nous avons vu qu'elle est associée intimement à la pneumonie dans un grand nombre de cas, et que même la majorité des phlegmasies pulmonaires consécutives sont des broncho-pneumonies et non des pneumonies simples.

La pleurésie n'a guère été observée que dans les cas de pneumonies consécutives à la phlébite : or, dans ces cas, comme le dit M. Grisolle, la pleurésie s'était développée plutôt sous l'influence de la maladie primitive que sous celle de l'affection secondaire. Il est facile, d'après les données de l'anatomie pathologique et d'après les différences qui existent entre les phlegmasies primitives et les phlegmasies secondaires (pneumonie lobulaire, splénisation), sous le rapport de l'intensité du processus inflammatoire, de s'expliquer pourquoi la plèvre est atteinte si rarement dans les pneumonies consécutives.

L'ictère, probablement pour les raisons que je viens d'exposer, et peut-être aussi par suite de l'affaiblissement des sympathies produit par l'état morbide primitif, est une complication très-rare, puisque M. Grisolle n'en mentionne qu'un cas.

Il indique, au contraire, le délire comme une complication assez fréquente des pneumonies secondaires. Le délire existait principalement, comme nous l'avons dit, dans les cas de pneumonie catarrhale épidémique. Une maladie générale produisant une modification organique considérable, une constitution affaiblie par diverses causes, une mobilité nerveuse bien accusée, telles sont les circonstances au milieu desquelles une pneumonie secondaire produira facilement un trouble des facultés intellectuelles.

Rappelons enfin que les pneumonies secondaires peuvent être accompagnées de convulsions chez les enfants.

TERMINAISONS.

Au point de vue anatomo-pathologique, les phlegmasies pulmonaires consécutives peuvent se terminer par la résolution, par la suppuration, par la gangrène ou par le passage à l'état chronique. Dans un grand nombre de cas, la lésion n'a pas franchi ses premières phases au moment où on l'examine : on en comprend facile-

ment la raison lorsque l'on sait que ces affections surviennent souvent dans le cours de maladies très-graves et dans la dernière période de ces maladies ; de telle sorte que le développement de l'affection pulmonaire est interrompu par la mort. D'autre part, la pneumonie secondaire, dans quelques-unes de ses formes les plus communes, telles que l'engouement hypostatique, la splénisation, la congestion lobulaire, ne paraît tendre ni à la suppuration ni à la gangrène, dans les circonstances ordinaires.

La terminaison par *suppuration* est donc assez rare ; mais elle se voit quelquefois. Il est même une maladie dans laquelle la pneumonie marche fatalement et rapidement vers cette terminaison : c'est l'infection purulente. La pneumonie des ivrognes, et surtout la pneumonie puerpérale, arrivent rapidement à la période de suppuration. L'hépatisation grise se produit très-souvent dans les points du poumon en contact avec un abcès extérieur à cet organe, au moment où les parois de l'abcès commencent à s'enflammer ou à s'oclérer. On a vu, en dehors des cas où elle est consécutive à la phlébite, la pneumonie se terminer par la formation d'abcès (Grisolle). Des abcès se sont même développés dans des cas d'hépatisation partielle (Barthez et Rilliet).

La terminaison par *gangrène* est rare. On l'a notée quelquefois, comme je l'ai dit, dans des cas de pneumonie consécutive à une gangrène de parties du corps plus ou moins éloignées. D'après M. Cruveilhier (*Anat. path.* XI liv., pl. iv, p. 2), les pneumonies qui surviennent dans le cours d'une maladie grave peuvent se terminer par la gangrène.

La terminaison par *résolution* est relativement assez

rarement observée, à cause de la gravité des états morbides pendant lesquels se manifestent le plus souvent les pneumonies secondaires. La résolution n'offre rien de spécial lorsque la phlegmasie est lobaire et plus ou moins analogue à la pneumonie primitive; mais on observe que la résolution est difficile et lente dans les autres formes. Stokes, ainsi que nous l'avons dit, a bien noté ce caractère parmi les traits distinctifs de la pneumonie secondaire, surtout quand elle est accompagnée de phénomènes typhoïdes, et il fait remarquer que les lésions propres à cette affection peuvent devenir le point de départ d'altération chronique des poumons. On a voulu expliquer la lenteur de la résolution dans les cas de pneumonie lobulaire par la présence du mucus visqueux qui oblitère les bronches et s'oppose au rétablissement de la respiration dans les parties atelectasiées (Gairdner). Cet auteur a supposé que lorsque la maladie primitive s'achemine vers la guérison, et lorsque la vitalité de toutes les parties reprend son énergie, des contractions comme péristaltiques des bronches obstruées peuvent arriver à détacher ce mucus et en favoriser l'expulsion. C'est se mettre, il nous semble, en frais extraordinaires d'explication pour se rendre compte d'un résultat que l'on peut comprendre d'une façon plus simple, si l'on admet comme exacte l'opinion qui donne un rôle si important au mucus bronchique à ce moment de la maladie. On sait, en effet, que les parties des poumons où siège la pneumonie lobulaire reprennent par l'insufflation leurs caractères normaux, et que le mucus, dans ce cas, n'oppose à l'entrée de l'air qu'un obstacle insuffisant. Eh bien! ne peut-on pas supposer que les forces du malade s'accroissant de plus en plus, ses mouvements respiratoires récupéreront assez

de force pour vaincre cet obstacle? et d'ailleurs ne peut-on pas croire que dans cette période où les actes organiques reprennent peu à peu leur vigueur, le bouchon muqueux sera modifié et plus ou moins détruit sur place? Du reste, nous l'avons dit ailleurs, la pneumonie lobulaire n'est pas un simple *atelectasis*; et une explication mécanique ne peut pas suffire à faire saisir les phénomènes de sa résolution.

La phlegmasie secondaire peut enfin se terminer par le *passage à l'état chronique*, et alors, si la mort a lieu, on trouve à l'autopsie une des lésions que nous avons décrites dans le chapitre consacré à l'anatomie pathologique, et particulièrement la lésion désignée par Legendre sous le nom de *carnisation*.

La résolution de la pneumonie secondaire ne s'accuse point ordinairement par des phénomènes qui lui soient propres. La maladie primitive et l'affection secondaire se confondent plus ou moins dans l'expression générale du retour progressif à la santé. Toutefois, lorsque la pneumonie s'accompagne d'une dyspnée considérable et de toux, la disparition de ces phénomènes coïncide avec le commencement du travail résolutif. Mais la percussion et l'auscultation démontreront seules le plus souvent la marche rétrograde de la complication. On a signalé un fait assez remarquable et relatif aux résultats de l'auscultation dans la période de résolution : c'est que le râle crépitant de retour fait quelquefois complètement défaut dans les cas où l'on avait constaté du souffle bronchique. M. Grisolle a observé ce fait chez plusieurs sujets atteints de pneumonie catarrhale, et il nous paraît n'être pas rare chez les individus dont les poumons sont splénisés. M. Beau a noté que

dans la pneumonie latente des vieillards, le souffle n'est ni précédé ni suivi de râles. La nature de la lésion permet de s'expliquer la différence qui existe, sous ce rapport, entre la pneumonie primitive et les pneumonies secondaires.

Dans les cas rares où la plupart des troubles généraux sont sous l'influence de la pneumonie, la résolution se révélerait tout d'abord par la diminution de leur intensité.

Le passage à l'état chronique a surtout été observé chez les enfants. La marche de la maladie se ralentit; il y a une fausse amélioration : l'appétit renaît, l'enfant mange, mais continue à maigrir et à s'affaiblir. Il y a toujours un peu de fièvre qui redouble le soir, puis peu à peu la voix devient rauque, caverneuse. L'état local ne varie pas, ou bien la matité devient encore plus grande, et, chez quelques enfants, on entend un souffle presque caverneux et un gargouillement qui sont en rapport avec la dilatation des bronches; puis la mort arrive dans le dernier degré du marasme. Ces derniers caractères, indiqués par Legendre, donnent alors à cette période de la maladie la plus grande ressemblance avec la tuberculisation pulmonaire; et, dans deux cas observés par Bennett et appartenant probablement à cet ordre de faits, nous voyons qu'on a employé l'huile de foie de morue et l'iodure de potassium (1).

Ce que nous avons dit de la lenteur de la résolution des pneumonies secondaires indique naturellement que la

(1) Behrend und Hildenbrand's Journ. Kinderkrank., 1858; et Annuaire de la littér., méd. étrang. pour 1859, Noirot; p. 544.

convalescence doit être longue, et elle l'est d'autant plus que l'économie a été plus débilitée et par la maladie primitive et par l'affection consécutive.

Avant de tracer le diagnostic des pneumonies secondaires, nous pouvons jeter un coup d'œil en arrière sur le chemin que nous avons parcouru, et chercher à reproduire en quelques traits les points de vue les plus saillants de l'histoire symptomatologique des pneumonies secondaires.

- 1° Ces affections offrent, très-souvent associés, les signes de la bronchite et ceux de la pneumonie. Ce sont, dans la majorité des cas, des pneumonies bâtarde (*peripneumonia notha, spuria*), des broncho-pneumonies;
- 2° Elles sont fréquemment doubles;
- 3° Elles sont assez souvent latentes;
- 4° Leurs signes physiques présentent, dans un bon nombre de cas, une remarquable mobilité;
- 5° Elles ont une grande tendance à prendre une forme adynamique typhoïde;
- 6° Leur résolution est ordinairement lente.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic des pneumonies secondaires présente de sérieuses difficultés. Souvent il n'y a aucun des signes rationnels qui, dans d'autres circonstances, appellent l'attention des médecins sur les organes thoraciques. Tantôt, ainsi que nous l'avons vu, une dyspnée liée à l'affection primitive s'exagère, et l'on est naturellement porté à attribuer cette exagération à une exacerbation de cette affection, tandis qu'elle reconnaît pour cause le développement plus ou moins rapide d'une pneumonie ; tantôt l'état grave des malades, leur trop grande jeunesse, ou le trouble de leurs facultés cérébrales, rendent muets des symptômes subjectifs qui mettraient immédiatement sur la voie du diagnostic. Enfin, l'invasion de la maladie secondaire peut être annoncée uniquement par un phénomène insolite, tel qu'une rapide et profonde prostration. Ces diverses considérations expliquent pourquoi il n'est pas rare que les pneumonies secondaires ne soient même pas soupçonnées.

C'est un devoir par conséquent pour le médecin de pratiquer un examen attentif et souvent répété des organes thoraciques chez tous les malades, alors même que rien n'indique qu'ils sont atteints d'une affection intercurrente ; mais cet examen devient tout à fait nécessaire lorsqu'un trouble quelconque vient à modifier la physiologie de la maladie primitive. Du reste, il y aura souvent des indices révélateurs, au nombre desquels figure surtout la dyspnée, soit qu'elle survienne inopinément,

soit qu'elle augmente d'une façon notable si elle existait déjà : une toux récente ou accrue devra aussi parler dans le même sens. Rarement les malades se plaindront d'un point de côté. Une élévation du pouls si la maladie primitive est apyrétique ; une accélération si elle est fébrile ; une chaleur cutanée plus ou moins élevée au-dessus du degré normal ou du degré précédemment observé ; la rougeur très-marquée des deux joues ou de l'une d'elles (Gubler) : telles sont encore des circonstances propres à solliciter une exploration des organes thoraciques.

Les détails que nous avons déjà consignés dans les chapitres précédents nous font voir que souvent les résultats de l'examen des poumons seront ou douteux ou nuls, relativement du moins à l'existence d'une pneumonie secondaire. Chez un certain nombre de malades, on ne reconnaîtra qu'une bronchite à râles *vibrants* ou *bul-laires*, accompagnée d'un emphysème plus ou moins prononcé ; c'est ce qu'on observe souvent chez les enfants. Mais assez fréquemment on pourra percevoir du râle crépitant ou sous-crépitant, une respiration bronchique, et la percussion démontrera l'existence d'une matité étendue, ou limitée, ou disséminée. On n'omettra pas de faire tousser les malades, comme le recommande M. Grisolle : le déplacement des mucosités bronchiques fera alors quelquefois reparaître un bruit de souffle qui ne pouvait plus se produire ; ou bien, les expirations brusques et saccadés de la toux étant généralement suivies d'expirations plus profondes, des signes stéthoscopiques obscurs deviendront plus apparents.

L'âge est important à considérer au point de vue du diagnostic. Il est certain que les moyens physiques d'ex-

ploration des organes respiratoires donneront des résultats plus nets en général chez les adultes que chez les vieillards et surtout les enfants. Mais pour ceux-ci, il existe cependant quelques éléments de diagnostic qui rendent de grands services à la clinique. Ainsi, chez les enfants du premier âge, le râle sous-crépitant, s'il dure plus d'un jour, est un signe certain de pneumonie (Trousseau, Journal de méd., 1844, p. 102). Et, suivant le même auteur, la persistance de la dyspnée et de la fièvre a une valeur presque aussi grande ; car elle ne s'observe pas dans le simple catarrhe. Ces derniers symptômes n'ont plus d'ailleurs la même portée quand la phlegmasie secondaire vient compliquer une affection fébrile par elle-même. La respiration se fait suivant un type tout particulier, les côtes inférieures étant attirées en dedans au moment de la contraction du diaphragme et la partie inférieure du thorax se creusant ainsi d'un sillon circulaire ; les enfants semblent aussi attirer très-peu d'air dans leurs poumons à chaque inspiration, et le rythme de la respiration prend des caractères qui lui ont fait donner le nom de respiration *expiratrice* (Bouchut). Ces caractères sont à peu près les mêmes dans les cas où la pneumonie est lobaire et dans ceux où elle est lobulaire ; mais les phénomènes observés à l'aide de la percussion et de l'auscultation sont bien moins fixes dans la forme lobulaire que dans la forme lobaire, et cette mobilité, dont nous avons déjà parlé, est un caractère très-précieux pour distinguer ces deux formes l'une de l'autre ; car, dans certaines circonstances, surtout dans la pneumonie lobulaire généralisée, la matité incomplète et la respiration bronchique peuvent forcer de suspendre le diagnostic jusqu'au mo-

ment où l'on est éclairé par les oscillations propres à la marche de cette pneumonie.

Chez le vieillard, nous l'avons dit, on constate aussi la même mobilité de la lésion et des phénomènes qui l'accusent, et il sera, de même que chez les enfants, bien difficile quelquefois de déterminer si une bronchite d'une grande étendue s'accompagne ou non de collapsus pulmonaire. On découvrira à l'autopsie des portions plus ou moins grandes du tissu pulmonaire affaissées, alors que l'examen fait peu de temps avant la mort n'aura fourni aucun signe de condensation de l'organe. On peut dire d'ailleurs qu'aux deux âges extrêmes de la vie, toute bronchite généralisée a une grande tendance à s'associer un collapsus pulmonaire plus ou moins considérable, et, par conséquent, les moindres degrés de diminution de la sonorité thoracique et d'exagération concomitante du retentissement de la respiration et de la voix pourront, dans ces circonstances, éveiller les soupçons et faire penser à l'existence probable de cette complication, pourvu toutefois que ces modifications ne trouvent pas leur explication dans quelque disposition anormale manifeste, et que l'état antérieur de la santé n'indique pas l'existence d'une lésion chronique des poumons.

Le diagnostic des pneumonies secondaires est, d'une façon générale, beaucoup moins obscur lorsqu'elles sont lobaires, franches, liées à une véritable hépatisation, que lorsqu'elles sont bâtarde, liées à la splénisation ou aux diverses variétés de collapsus pulmonaire; car, dans la première, outre les phénomènes locaux qui sont presque toujours très-nets, il existe souvent des symptômes rationnels. C'est ce que l'on voit chez les tuberculeux et les individus atteints d'affections du cœur, lorsqu'ils sont at-

taqués de pneumonie intercurrente franche ; on peut trouver alors tous les symptômes de la pneumonie primitive, le point de côté, les crachats rouillés, etc.

Dans les fièvres, nous trouvons réunies toutes les causes de difficultés que le diagnostic peut offrir : lésions bâtarde, absence de symptômes rationnels et absence non moins complète parfois des symptômes physiques. Dans les typhus, il est cependant ordinaire de parvenir à reconnaître l'existence de la lésion pulmonaire, lorsque l'on explore soigneusement, et chaque jour, les organes respiratoires. La splénisation envahit en effet le plus souvent une assez grande partie du poumon pour que l'on puisse constater assez facilement et la diminution de la sonorité thoracique, et la respiration bronchique ainsi que la bronchophonie. Mais il peut y avoir des difficultés d'une autre nature. Si l'on examine un malade ne pouvant donner aucun renseignement, et si l'on trouve, avec tout l'appareil typhoïde, une matité étendue de l'un des côtés ou des deux côtés du thorax, avec souffle, retentissement de la toux, et si ce malade n'a point de taches lenticulaires, pas de gargouillement iléo-cœcal, il sera impossible d'affirmer qu'il est atteint de fièvre typhoïde ; car il y a des cas de *pneumonie typhoïde* qui n'ont point d'autres caractères à une certaine période de leur cours ; les phénomènes ultérieurs viendront éclairer le diagnostic. Quelquefois pourtant, si la mort arrive promptement, la nécropsie pourra seule révéler la nature de la maladie.

Dans les fièvres exanthématiques, que de difficultés aussi ! combien de pneumonies secondaires passent inaperçues ! que de phénomènes trompeurs ! La prostration est si naturellement attribuée à la maladie primitive elle-

même. La toux est un phénomène à peu près constant dans l'une de ces fièvres et ne peut point servir d'indice ; elle peut exister dans les autres et ne pas être produite par une phlegmasie pulmonaire. Et la dyspnée ! n'est-elle pas un de ces phénomènes graves, mortels, que l'on peut observer dans leur cours, sans qu'aucune lésion en puisse donner la raison ? Il faut encore remarquer que les phlegmasies secondaires, comme nous l'avons dit, sont le plus souvent des affections broncho-pulmonaires, et que la bronchite pourra couvrir et dissimuler la pneumonie.

Mais il y a des pneumonies secondaires plus latentes encore : ce sont celles de l'intoxication purulente. On peut dire qu'elles sont presque constamment méconnues. Toutefois, lorsque les conditions de cette intoxication existent, s'il arrive qu'à la suite des frissons caractéristiques et au milieu de l'état grave qui se développe, le malade accuse une légère douleur thoracique ; s'il se manifeste un peu de dyspnée ; et si en même temps se montre une toux généralement peu intense, rare ; on peut alors juger avec quelque confiance qu'il se forme des abcès pulmonaires : et l'induction sera plus légitime encore s'il apparaît dans d'autres parties du corps des collections purulentes. Mais de diagnostic physique, point ; à moins que l'affection pulmonaire ne soit une hépatisation grise diffuse.

Le diagnostic des pneumonies cachectiques sera bien souvent environné d'une grande obscurité, surtout si ces deutéropathies se déclarent dans les dernières périodes. Au contraire, si la cachexie n'est pas encore très-prononcée, l'affection intercurrente produira des effets très-sensibles qui exigeront un examen des principaux ap-

pareils, et feront découvrir la pneumonie. La prostration, lorsque l'économie est ainsi appauvrie, débilitée, est un phénomène assez ordinaire de l'invasion de la phlegmasie pulmonaire.

Les difficultés du diagnostic peuvent enfin tenir à quelques circonstances particulières. Ainsi, dans les maladies qui produisent l'anasarque, la maladie de Bright, par exemple, l'infiltration œdémateuse des parois thoraciques pourra rendre l'exploration des poumons complètement impossible.

Quant aux pneumonies tout à fait ultimes, ou *pneumonies des agonisants* (Laennec), leur diagnostic serait tout à fait inutile, et l'on ne doit même pas chercher à les reconnaître, car pour y arriver, « il faudrait imprimer à ces malheureux des mouvements qui leur seraient pénibles, qui augmenteraient leur anxiété, et pourraient même, vu l'état de faiblesse auquel ils sont parvenus, provoquer une défaillance mortelle (Grisolle). »

Il est parfois difficile de savoir si une phlegmasie pulmonaire est primitive ou secondaire, car une maladie primitive peut ne pas s'être encore révélée par ses manifestations locales ordinaires lorsque la pneumonie éclate. C'est ce qu'on voit pour le rhumatisme aigu, par exemple. Il faudra alors connaître les antécédents du malade, peser avec soin les diverses particularités que présente la pneumonie, et si quelque phénomène insolite se montre, comme des sueurs profuses à odeur caractéristique (Fuller), ou une délitescence rapide, on devra s'enquérir chaque jour de l'état des jointures. Mais c'est là un cas exceptionnel, et d'ailleurs il ne rentre peut-être pas dans l'histoire des pneumonies secondaires. Il est moins rare d'observer une pneumonie chez un

individu qui a présenté déjà des douleurs et du gonflement articulaires quelques jours auparavant, et chez lequel les jointures sont tout à fait dégagées. L'anamnèse fournira ici le diagnostic étiologique.

Je n'ai qu'un mot à dire du diagnostic des pneumonies secondaires chroniques. Il est le plus souvent impossible, ou bien parce que les lésions sont placées de telle sorte qu'elles sont inaccessibles aux recherches stéthoscopiques et plessimétriques, ou bien parce qu'elles ne donnent lieu à aucun trouble fonctionnel pouvant attirer l'attention, ou bien enfin, parce que les phénomènes qui les traduisent appartiennent également à des lésions d'une autre nature : dilatation des bronches, tuberculisation.

Telles sont les principales considérations relatives au diagnostic des pneumonies secondaires. On pourrait les étendre bien davantage et y faire entrer plus de détails et plus d'exemples particuliers ; mais elles sont suffisantes pour montrer combien les phlegmasies pulmonaires consécutives sont difficiles à reconnaître dans la majorité des circonstances, et pour faire sentir la nécessité de l'exploration physique des organes respiratoires dans toutes les maladies, et principalement dès qu'un phénomène nouveau ou une aggravation inopinée surviennent dans leur cours. Et nous avons vu que cette exploration pouvait elle-même demeurer infructueuse.

PRONOSTIC.

PRONOSTIC. — L'organisme est plus ou moins troublé ou affaibli par un état morbide : une phlegmasie pulmonaire se déclare ; il reçoit un nouvel ébranlement qui achève très-souvent sa ruine. Les pneumonies secondaires doivent par conséquent être considérées comme très-graves ; et si on les compare aux pneumonies primitives, on verra que sous ce rapport elles l'emportent beaucoup sur celles-ci. Les phlegmasies pulmonaires primitives ont un développement régulier dont la tendance naturelle est le retour vers l'état de santé ; les pneumonies secondaires ont une marche anatomique irrégulière, et une grande tendance à déterminer la mort. Cette influence funeste des pneumonies secondaires ne doit pas toujours leur être exclusivement attribuée. La maladie primitive et la complication ont souvent l'une sur l'autre une action réciproque qui les modifie et leur imprime un caractère plus pernicieux : c'est ce qui se produit probablement dans les cas où une pneumonie secondaire vient compliquer un typhus ou une fièvre exanthématique ; car, le plus communément, il n'y a aucun rapport entre l'étendue des lésions d'une part, et d'autre part, les symptômes observés pendant la vie et la terminaison funeste.

Les pneumonies secondaires des fièvres ont une grande gravité. Ainsi dans la fièvre typhoïde, elles se terminent par la mort, suivant M. Grisolle, dans les sept huitièmes des cas. Mais cette statistique est fondée

seulement sur les cas où la phlegmasie a présenté une certaine étendue.

Dans les fièvres éruptives, le pronostic n'est pas plus favorable. Les pneumonies morbillieuses sont souvent mortelles : sur 9 cas, il y eut 6 morts (Grisolle) ; sur 21 cas, 20 morts (Becquerel, cité par M. Grisolle).

Les phlegmasies pulmonaires consécutives à la coqueluche sont très-graves, et elles le sont d'autant plus que les enfants sont moins âgés. Il est rare de sauver un enfant de moins de deux ans (Barthez et Rilliet). Suivant ces auteurs, si la coqueluche a succédé à une rougeole, la pneumonie sera encore plus souvent funeste. La mort peut être rapide si la complication affecte la forme bronchique ou asphyxique ; si c'est la forme congestive, la marche de la maladie sera plus lente, mais le pronostic sera aussi sévère.

Chez les varioleux, la pneumonie et la broncho-pneumonie sont des complications le plus souvent sans gravité, surtout lorsqu'elles se montrent lors de la convalescence. Il n'en est pas tout à fait de même de celles qui paraissent au début ; mais il faut remarquer qu'elles accompagnent alors en général des varioles déjà graves par elles-mêmes (Barthez et Rilliet).

Dans la scarlatine, les pneumonies secondaires sont presque invariablement mortelles (Trousseau, *loc. cit.*)

L'issue de la pneumonie érysipélateuse est le plus souvent fatale (Labbé, *thèse cit.*).

La pneumonie qui survient dans l'état puerpéral est très-grave, elle passe très-rapidement à l'état d'hépatation grise, comme nous l'avons dit, et se termine par la mort.

Dans l'infection purulente, la pneumonie ne joue évi-

demment qu'un rôle secondaire; c'est l'affection générale qui tue le malade.

Les phlegmasies gangréneuses du poumon coïncidant avec une affection nécrosique d'une autre partie du corps ont été suivies de mort.

Dans l'alcoolisme chronique les pneumonies ont le plus souvent une issue fatale.

Dans le rhumatisme articulaire aigu les pneumonies secondaires ne se terminent pas toujours favorablement, ce que l'on conçoit bien lorsque l'on considère qu'elles sont assez souvent doubles, et qu'elles sont fréquemment associées à la pleurésie et encore plus fréquemment à l'endocardite et à la péricardite, c'est-à-dire à d'autres complications déjà graves par elles-mêmes. La pneumonie rhumatismale, bien plus encore que les affections du cœur, indique une grande tendance à la diffusion viscérale des manifestations du rhumatisme; et, à ce point de vue, son pronostic a une gravité d'un ordre particulier. A l'appui de cette proposition nous pouvons citer un fait observé il y a trois ans à la Pitié, par M. le D^r Charcot (1).

(1) Obs. Femme âgée de vingt ans. Rhumatisme articulaire aigu le plus franc. Au bout de dix jours, signes de péricardite. Trois jours après, la dyspnée augmente, et l'auscultation fait découvrir dans le lobe inférieur du poumon gauche du râle crépitant fin et du souffle: il y a de la matité. Application d'un vésicatoire. Ces phénomènes de pneumonie persistent pendant trois jours encore. Le soir du troisième jour, la malade est prise d'un délire violent; elle succombe pendant la nuit. A l'autopsie: rien dans le cerveau; lobe inférieur du poumon gauche un peu engoué, noirâtre, mais sans hépatisation. Fausses membranes dans la cavité du péricarde; masses fibrineuses, filamenteuses, et liquide verdâtre contenant des globules de pus dans plusieurs jointures.

M. Grisolle n'a jamais vu guérir un seul malade pris de phlegmasie pulmonaire alors que, sous l'influence d'un cancer, il était tombé dans une profonde cachexie.

Les pneumonies secondaires qui compliquent la maladie de Bright, l'albuminurie scarlatineuse, la cirrhose, sont très-graves. Il en est de même de celles qui naissent dans le cours de toutes les maladies amenant un rapide épuisement des forces.

Quant à ce qui concerne les maladies du cœur, ou bien elles sont encore peu avancées, ou bien elles ont déterminé la plupart des accidents qui caractérisent leurs dernières périodes : dans le premier cas, les pneumonies consécutives peuvent suivre leur marche accoutumée, s'accompagner des mêmes symptômes que la pneumonie primitive, et se terminer de même le plus souvent par la guérison; dans le second, la complication a pour résultat nécessaire d'accroître outre mesure la gêne de la circulation pulmonaire, la dyspnée et les autres accidents. Dans de pareilles circonstances le pronostic est d'une extrême gravité; la mort arrive 18 fois sur 20 (Grisolle). Suivant le même auteur, la pneumonie des aliénés en démence et paralysés serait encore plus funeste; tandis que chez les maniaques, son pronostic ne différerait pas beaucoup de celui de la pneumonie franche primitive. Ce qui a été dit de la pneumonie des maladies du cœur s'applique exactement à la pneumonie de la phthisie pulmonaire. Chez les enfants, si la pneumonie tuberculeuse est assez étendue pour se révéler par des symptômes bien prononcés, elle ne paraît pas susceptible de guérison (Barthez et Rilliet).

La gravité du pronostic des pneumonies secondaires

varie beaucoup suivant les âges; tous les auteurs s'accordent à reconnaître que celles qui se déclarent chez les enfants, et surtout dans les premières années sont plus graves que celles des adultes, et presque constamment mortelles. Les pneumonies secondaires des vieillards sont peut-être aussi plus dangereuses que celles des adultes.

Je ne parlerai pas du pronostic des pneumonies ultimes. Ces altérations en effet, comme le dit Gairdner, accompagnent, plutôt qu'elles ne la produisent, la dissolution générale de l'organisme.

Les pneumonies secondaires chroniques n'ont pas été étudiées sous le point de vue du pronostic; leur gravité consiste surtout dans les altérations permanentes qu'elles déterminent dans les poumons, altérations qui peuvent devenir l'origine d'une sorte de phthisie catarrhale, les branches demeurant dilatées et leur membrane muqueuse conservant une irritation sécrétoire considérable.

Toutes les conditions anti-hygiéniques qui aggravent la plupart des maladies doivent être prises en considération lorsqu'on établit le pronostic des pneumonies secondaires. Car elles influent non-seulement sur la maladie primitive, mais encore sur ses complications. On doit se diriger aussi, dans une épidémie, d'après les caractères qui lui sont propres, telle épidémie présentant des pneumonies secondaires plus graves que telle autre.

Il y a des phénomènes qui ont une signification pronostique très-grave. Tels sont ceux dont l'ensemble constitue l'état typhoïde. Toutes les fois que, dans le cours d'une maladie quelconque, le développement d'une pneumonie secondaire s'accompagnera d'une grande prostration, d'hébétude, de sécheresse de la langue avec fuli-

ginité des lèvres, etc., la perte du malade sera à peu près certaine. Le délire ou les convulsions chez les enfants seront aussi d'un fâcheux augure.

En résumé, le pronostic des pneumonies secondaires a une grande gravité, comme nous le disions en commençant ce chapitre. Outre les circonstances que nous avons déjà invoquées pour expliquer cette gravité, il en est d'autres dont on doit aussi tenir compte. Ainsi nous rappellerons ici encore que la plupart de phlegmasies pulmonaires des fièvres sont des broncho-pneumonies, qu'il y a toujours une sécrétion plus ou moins abondante des bronches, et que, par suite, la respiration éprouve une gêne proportionnelle non pas seulement à l'étendue de la lésion pulmonaire, mais encore à l'abondance et à la viscosité des mucosités bronchiques. De plus la lésion pulmonaire est très-souvent double et par conséquent supprime une partie considérable de la surface respiratoire. La diminution qui résulte de ces deux conditions dans l'intensité des phénomènes d'hématose doit avoir une influence particulièrement grave sur une économie dont le sang est altéré par des poisons morbides, ou par des causes débilitantes prolongées.

TRAITEMENT.

C'est, comme nous l'avons vu, dans le cours de maladies qui ont pour résultat de troubler profondément l'économie, et d'affaiblir les ressorts de la vie, que l'on voit se déclarer le plus souvent les pneumonies dites secondaires. Ces phlegmasies portent le cachet des circonstances dans lesquelles elles sont nées. Leur marche est lente, irrégulière, difficile; et loin de susciter ces réactions qui se manifestent en général sous l'influence des phlegmasies franches, elles paraissent épuiser les dernières forces de l'organisme et le jettent fréquemment dans une adynamie plus ou moins prononcée.

Ces considérations déjà indiquées ailleurs, je les rappelle ici parce qu'elles tiennent le premier rang parmi celles qui doivent servir à diriger le médecin dans le traitement des pneumonies secondaires. Il est clair que de pareilles différences originelles entre les phlegmasies primitives et les phlegmasies secondaires du poumon s'opposent à ce qu'une médication uniforme soit appliquée à ces deux ordres de maladies. Il ne faut pas oublier non plus que les pneumonies consécutives sont le plus souvent des congestions lobulaires ou plutôt des broncho-pneumonies, et des splénisations, tandis que les pneumonies primitives sont en général des hépatisations vraies; de telle sorte qu'il y a aussi une dissemblance entre ces phlegmasies sous le rapport de la forme du processus morbide: mais cette vue ne doit occuper que le second plan; l'état gé-

néral fournit évidemment les indications thérapeutiques les plus sérieuses.

La méthode antiphlogistique ne pourra être que bien rarement employée dans de telles circonstances : on peut dire qu'il sera prudent de ne pas y avoir recours, même lorsqu'il n'y aura point de prostration bien marquée. D'ailleurs, dans ces derniers temps, on a révoqué en doute l'utilité de la saignée même dans les cas de pneumonie franche. De longues et graves discussions se sont élevées en Allemagne et en Angleterre, sur cette importante question déjà posée par M. Louis, et tout récemment la méthode antiphlogistique a été attaquée en France à l'aide de sérieux arguments. Aujourd'hui donc que le traitement de la pneumonie franche par l'expectation gagne chaque jour du terrain, il ne peut plus y avoir de raisons solides pour appliquer la méthode des saignées aux phlegmasies bâtardes des poumons. Mais, du reste, l'expérience a parlé. On a vu en effet la saignée, même pratiquée avec une certaine discrétion, dans des cas de pneumonies consécutives à des fièvres par exemple, déterminer rapidement un affaissement irremédiable des forces.

Nous ne pouvons pas énumérer toutes les circonstances particulières qui pourront se présenter dans chaque espèce des pneumonies secondaires. Un tel travail nous entraînerait trop loin. Nous devons nous borner à quelques données générales relatives à celles de ces phlegmasies qui s'observent le plus fréquemment.

Examinons d'abord les pneumonies secondaires de la fièvre typhoïde. On peut diviser les faits relatifs à ces pneumonies en deux catégories que je représenterai par deux cas abstraits : 1° une fièvre typhoïde se dé-

veloppe avec les caractères propres à la forme qu'on a appelée pectorale ou thoracique. L'examen des organes respiratoires montre qu'outre la bronchite généralisée, il y a une consolidation assez étendue des poumons. La pyrexie ne s'accompagne d'ailleurs pas d'une très-grande prostration ; mais les accidents les plus saillants sont la toux, l'anxiété, la dyspnée. Dans un cas semblable, on devra certainement chercher à combattre le plus directement possible cette complication qui peut devenir menaçante pour la vie : les vomitifs, les diverses préparations antimoniales, et les révulsifs (vésicatoires, ventouses sèches, etc.), seront alors parfaitement indiqués : mais d'après ce que nous avons dit plus haut, il faudra s'abstenir de toute émission sanguine, soit générale, soit locale ; 2° une fièvre typhoïde, qui jusque-là a suivi une marche régulière, s'aggrave rapidement. La prostration devient beaucoup plus grande. On cherche la cause de cette aggravation inopinée, et l'on découvre les signes d'une splénisation, occupant une partie plus ou moins large des poumons. Dans les cas de ce genre, non-seulement il faut proscrire la saignée comme une pratique funeste ; mais encore c'est à des moyens d'un ordre tout opposé qu'il faut s'adresser, et aucune méthode de traitement ne sera plus efficace que la médication tonique. Ici l'adynamie prime toutes les autres indications, et c'est par les toniques qu'on peut obtenir un arrêt dans la marche envahissante de l'altération pulmonaire, et hâter l'apparition du travail de résolution. On associera souvent avec avantage la médication excitante à la médication tonique. Les révulsifs pourront être aussi très-utiles : mais ces derniers moyens ne doivent plus être considérés dans ce cas que

comme des adjuvants ; seuls ils ne pourraient rien et seraient même quelquefois nuisibles.

Dans les fièvres exanthématiques, dans les cas où l'on croira ne pas pouvoir se borner à l'expectation, on devra se diriger exactement d'après les mêmes principes.

On a essayé l'emploi des antiphlogistiques dans le traitement des pneumonies qui surviennent dans le cours de certaines affections chroniques, de la maladie de Bright, de la phthisie pulmonaire, des maladies du cœur.

La pneumonie secondaire de la maladie de Bright ne subit en général aucune modification heureuse sous l'influence de ce moyen de traitement. MM. Rayer et Grisolle s'accordent à déclarer que la saignée n'est guère utile, et que, dans ce cas, les antimoniaux leur paraissent les agents les plus efficaces.

D'après M. Grisolle, qui a comparé les résultats de la saignée et ceux des antimoniaux dans le traitement de la pneumonie consécutive à la phthisie pulmonaire au premier et au second degrés, la prééminence devrait encore être accordée aux antimoniaux. Il remarque de plus que si l'on soupçonne l'existence d'ulcérations intestinales, il sera prudent de donner le kermès ou l'oxyde blanc d'antimoine à la place du tartrestibié, M. Trousseau ayant observé des accidents produits par l'émétique dans ces conditions. Dans certains cas, il sera certainement avantageux de pratiquer des saignées locales au moyen de ventouses, si la pneumonie s'accompagne de point de côté et d'anxiété respiratoire.

C'est encore à des saignées locales qu'il faudra avoir recours dans la pneumonie secondaire des affections du cœur, en leur associant l'emploi des préparations antimoniales. Mais si la dyspnée était trop intense, la saignée

générale serait tout à fait indiquée. Dans la dernière période des maladies de cœur, de même que dans celle de la phthisie, tout traitement est inefficace contre les pneumonies qui peuvent survenir alors : d'ailleurs, elles sont le plus souvent méconnues.

Il y a certaines pneumonies secondaires qui, eu égard à l'état morbide général qui les domine, peuvent exiger un traitement spécial. Ainsi, la pneumonie intermittente, d'origine paludéenne, devrait être traitée par le spécifique de toutes les affections qui ont cette même origine. Dans les cas rapportés par le D^r Lagneau (Thèse citée), nous avons dit que la pneumonie développée chez des sujets syphilitiques avait paru se modifier sous l'influence du traitement spécifique.

Dans les cas bien nets de pneumonie rhumatismale, il serait très-rationnel de mettre en usage les moyens qui sont dirigés habituellement contre le rhumatisme articulaire aigu.

Dans un grand nombre de maladies se produisent des pneumonies hypostatiques, lorsque les sujets sont débilisés et qu'ils affectent d'une façon permanente soit le décubitus dorsal, soit une autre attitude quelconque. Cette influence agit certainement aussi comme cause à la fois prédisposante et déterminante, dans les cas de pneumonies des fièvres graves. Or, il y a là une indication thérapeutique importante qu'on oublie trop souvent. Il faut faire changer assez souvent la position du malade : si c'est un très-jeune enfant, il faut de temps à autre le prendre et le promener dans les bras. Les toniques seront très-utiles dans ces conditions.

Contre la pneumonie ultime, l'art est tout à fait impuissant : le traitement ne doit avoir d'autre but que

de calmer le moral du malade et de satisfaire les personnes qui l'entourent (Grisolle). Mais il faut par-dessus tout se garder d'employer un remède énergique, quel qu'il soit.

L'âge n'apporte aucune modification bien notable aux quelques règles de conduite que nous avons tracées. Il faut ne pas oublier toutefois que les pneumonies secondaires chez les enfants et les vieillards sont, bien plus souvent encore que chez les adultes, des broncho-pneumonies dans lesquelles la bronchite peut jouer un rôle très-important; aussi devra-t-on insister sur les moyens propres à modérer le catarrhe et à faciliter la toux et l'expectoration. Les vomitifs sont les plus puissants de ces moyens et ils sont supportés d'une façon merveilleuse par les enfants, ce qui les rend encore plus précieux. Ils agissent, du reste aussi, par la perturbation qu'ils produisent dans l'économie et les mouvements réactionnels intimes qu'ils déterminent. On pourra, dans certains cas, employer les révulsifs et les préparations antimoniales à doses rasoriennes.

Mais chez les enfants et les vieillards, de même que chez les adultes, les toniques constitueront souvent une des bases les plus solides du traitement, parce qu'ils répondront à l'indication capitale : soutenir ou relever les forces.

FIN.