

105.759¹² A mon au
d. ju.
N° 36. 12
Romig

ESSAI
SUR
LA PNEUMONIE.

Tribut Académique,

PRÉSENTÉ ET PUBLIQUEMENT SOUTENU A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER, LE 3 MAI 1830;

PAR A.-G. ROMIGUIÈRES,

d'AUCAMVILLE (Tarn et Garonne);

MÉDECIN A GRIZOLLES, DOCTEUR EN MÉDECINE,
Vaucluse

Ancien Chirurgien interne de l'Hôpital-général St.-Joseph de la Grave de Toulouse; Membre titulaire de la Société d'Émulation médicale de la même ville; ex-Chirurgien de l'Hôpital royal militaire d'Instruction de Metz; Membre correspondant du Cercle médical et du Cercle chirurgical de Montpellier, etc.

*Medicina, non ingeniū humani partus,
sed temporis filia.*

BAGLIVI.



A MONTPELLIER,

Chez JEAN MARTEL AÎNÉ, seul Imprimeur de la Faculté de Médecine,
près l'Hôtel de la Préfecture, N° 10.

1830.

176 9/2

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. LORDAT, Doyen.

BROUSSONNET, *Suppléant*.

DELPECH.

DELILE.

LALLEMAND.

ANGLADA.

CAIZERGUES.

MM. DUPORTAL, Président.

DUBRUEIL, *Examineur*.

DUGÈS.

DELMAS.

GOLFIN, *Examineur*.

RIBES.

RECH, *Examineur*.

M. CHAPTAL, *Professeur honoraire*.

AGRÈGES EN EXERCICE.

MM. SAISET, *Examineur*.

BOURQUENOD.

POURCHÈ, *Suppléant*.

SABLAIROLES.

POUZIN.

FAGES.

ESTOR.

MM. VIGUIER.

KÜHNHOLTZ.

BERTIN.

SERRE.

BROUSSONNET.

ROUBIEU, *Examineur*.

.....

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

1881

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE,

MES MEILLEURS AMIS.

J'obtiens en ce jour, ô mes chers Parens, le droit incontestable d'exercer la plus noble des professions, celle qui a pour but le soulagement de mes semblables. Agréez la dédicace du travail qui me le fait accorder, comme un témoignage de ma vive reconnaissance pour les sacrifices sans nombre que vous avez faits pour mon éducation.

A MON FRÈRE, Etudiant en Théologie,

ET A MES SOEURS.

Attachement inviolable.

ROMIGUÈRES.

A Messieurs

VICTOR DE CAZENEUVE, Juge de Paix du canton
de Grizolles;

BEZAUDUN, Curé de Verdun;

PAULIET, Curé à Montauban;

BONNAFON DE LAPOMARÈDE.

Attachement sincère et inaltérable.

A Monsieur FAUGÈRE,

MAIRE DE LA VILLE DE GRIZOLLES,

Reconnaissance.

A Messieurs FOURQUET et JOUVION,

DOCTEURS EN MÉDECINE,

MES EXCELLENS AMIS.

ROMIGUIÈRES.

ESSAI

SUR

LA PNEUMONIE.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

LES poumons, le cerveau et le cœur composent ce que les anciens appelaient le trépied de la vie. L'interruption des fonctions de l'un de ces organes, amène la cessation de celles des autres, et par suite la mort. Un rôle aussi important que celui qu'exercent ces parties dans l'économie humaine, doit attirer toute l'attention des physiologistes, et l'on conçoit que les altérations des instrumens propres à remplir d'aussi graves fonctions, ont dû, dans tous les temps, occuper sérieusement les médecins.

Obligé de présenter une thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine, j'ai cru devoir fixer mon choix sur une des maladies les plus fréquentes dont le poumon puisse être atteint.

« Si l'on s'expose à perdre ses peines, a dit le célèbre professeur Lordat, dans ses conseils sur la manière d'étudier la physiologie, ce doit être au moins en s'occupant d'un objet utile, afin que la bonne volonté serve d'excuse, et que les efforts infructueux paraissent encore dignes d'estime. » J'ai cru que je pourrais me faire l'application de cette pensée, en choisissant la pneumonie pour sujet de ma Dissertation.

La fréquence de cette maladie n'a pas peu contribué à fixer mon choix. La pneumonie est, en effet, une de celles qui se présentent le plus souvent dans la pratique, et contre lesquelles la thérapeutique peut le plus montrer sa puissance, lorsqu'elle est sagement dirigée ;

mais bien qu'à cause de sa fréquence, cette maladie se soit souvent présentée à l'observation des médecins, il n'y a pas long-temps encore que le diagnostic en était fort obscur, et par conséquent le traitement difficile. *O quantum difficile est*, s'écriait Baglivi, *curare morbos pulmonum ! O quantum difficilius eosdem cognoscere, et de iis certum dare præsagium ! Fallunt vel peritissimos ac ipsos medicinæ principes.*

Grâces soient rendues à l'anatomie pathologique ! Cultivée avec ardeur depuis le commencement du 19^e siècle, cette science a rendu à la médecine les services les plus éminens ; c'est à elle que nous devons d'avoir des idées exactes et précises sur une foule de maladies incomplètement décrites jusqu'à nous. Elle a rectifié des erreurs ; elle a dévoilé des vérités importantes, et éclairant de son flambeau toutes les branches de l'art de guérir, elle nous promet les plus heureux résultats. Gardons-nous cependant de nous exagérer les avantages de cette science, et tout en reconnaissant les services immenses que ce puissant moyen d'investigation peut rendre à la médecine, n'allons pas la considérer comme la base unique sur laquelle puisse reposer la science des maladies : il est une foule d'altérations dont nous ne pouvons, après la mort, apercevoir la moindre trace. Ne nous laissons donc pas entraîner par la tendance qu'a l'esprit humain vers l'exagération ; et tâchons de nous renfermer dans des limites, au-delà et en-deçà desquelles ne se trouverait plus la vérité.

*Est modus in rebus, sunt certi denique fines,
Quos ultra citràque nequit consistere rectum.* HOR., Sat. I.

DÉFINITION. SYNONYMIE.

La pneumonie est l'inflammation du tissu pulmonaire ; elle a été ainsi appelée du mot grec πνεύμων, qui veut dire *poumon*, lequel reconnaît pour racine le mot πνεῦμα, qui signifie *air*. On la désigna d'abord sous le nom de *pleurésie*, c'est-à-dire *mal de côté*, à cause d'un de ses principaux symptômes ; mais plus tard, le mot *pleurésie* fut réservé pour exprimer l'inflammation de la portion de la plèvre qui tapisse la face interne des parois thoraciques, et que l'on appelait

plèvre costale ; tandis que l'inflammation du poumon fut désignée sous le nom de *péripneumonie*. Hoffmann l'appela *fièvre péripneumonique* ; Arétée lui donna le nom de *pulmonie* ; Triller et quelques autres lui substituèrent celui de *pleuro-pneumonie*, à cause de la difficulté qu'ils prétendaient exister pour distinguer l'inflammation de la plèvre de celle du poumon ; le professeur Baumes l'appela *pneumonite* ; enfin, dans le langage vulgaire, elle a reçu le nom de *fluxion de poitrine*. Le mot *pneumonie* exprimant le siège de la maladie, j'ai cru devoir l'adopter de préférence.

HISTOIRE.

Cette phlegmasie a été connue dès la plus haute antiquité : Hippocrate en a souvent fait mention ; Arétée, ce grand peintre des maladies, en a tracé un tableau très-exact ; Boërhaave et Stoll en ont beaucoup parlé. Ces deux derniers auteurs distinguaient une pneumonie vraie, et une pneumonie latente qui n'était pour eux autre chose que le commencement de la phthisie pulmonaire. Avant eux, Baglivi avait signalé les phlegmasies latentes de la poitrine comme donnant lieu à cette funeste maladie.

Pujol partagea cette opinion, et voici comment il s'exprime à cet égard : « On convient généralement aujourd'hui sans peine que toutes les suppurations sourdes de la poitrine supposent une inflammation antérieure, laquelle a été le plus souvent assez faible et assez lente pour n'être pas aperçue ; mais on ne s'imagine pas aussi aisément, que, le terme de la suppuration étant arrivé, l'inflammation lente ait encore lieu dans les surfaces ulcérées, et qu'un phthisique qui crache le pus, puisse être en même temps travaillé de phlogose ; c'est pourtant là ce qui arrive le plus souvent. »

Pinel vint s'élever contre ces opinions ; il démontra que la pneumonie et la phthisie pulmonaire étaient bien différentes par leur nature, la première étant due à l'inflammation du tissu du poumon, et la seconde à la procréation de corps organiques nouveaux appelés tubercules. Les beaux travaux de Bayle et de Laennec vinrent bientôt confirmer l'opinion du célèbre nosographe, et prouvèrent bien évi-

demment que ces deux altérations morbides ne devaient être nullement confondues. Ce n'est point ici le lieu d'entrer dans de longs détails sur la nature de la phthisie pulmonaire ; il me serait bien agréable de produire , touchant cette maladie et les corps de nouvelle formation qui la déterminent , quelques-unes des belles idées du célèbre professeur Delpech , à qui la science est redevable de si beaux et de si utiles travaux sur les lésions organiques ; mais il ne m'est permis que de dire , en passant , que je partage sur ce point les opinions de ce savant professeur.

M. Broussais ne pouvait pas manquer de rappeler les idées de Boërhaave et de Stoll , si favorables à son système ; mais la plupart des auteurs modernes rejettent cette opinion , et tout médecin instruit reconnaît aujourd'hui les différences essentielles qui existent entre la pneumonie et la phthisie pulmonaire.

En rappelant quelques-uns des livres dans lesquels se trouvent d'excellentes descriptions de la pneumonie ; je ne dois point omettre la clinique médicale du professeur Andral.

CAUSES.

Parmi les circonstances qui favorisent le développement de la pneumonie , il faut placer au premier rang la disposition de l'organe qui en est le siège. Les poumons , à cause de leur organisation , de leurs fonctions et de leurs sympathies , ont une grande aptitude à contracter l'inflammation. Formés par les ramifications de la trachée-artère , par celles de l'artère et des veines pulmonaires , et par les élémens organiques qui sont propres à toute partie vivante , savoir : des vaisseaux sanguins artériels et veineux , des vaisseaux lymphatiques , des nerfs et du tissu lamineux , les poumons sont , par leur structure essentiellement vasculaire , disposés à s'enflammer. Chargés de l'importante fonction de convertir le sang veineux en sang artériel , ils admettent continuellement dans l'intérieur de leur tissu une grande quantité de ce fluide ; et ce dernier , pouvant être accéléré ou retardé dans sa marche , devra produire des changemens plus ou moins notables dans

le tissu du poumon. Cette transformation du sang s'opérant à l'aide de l'air atmosphérique, celui-ci se trouve continuellement en contact avec l'organe pulmonaire ; et comme il est sujet à éprouver une foule de variations, qu'il peut devenir tout-à-coup plus froid ou plus chaud, plus humide ou plus sec, se charger de miasmes et de vapeurs plus ou moins nuisibles, il ne peut manquer d'exercer une foule d'influences sur les tissus à travers lesquels il doit passer.

Si l'on ajoute à ces considérations, que les poumons sont liés par les sympathies les plus étroites avec l'ensemble de l'organisme et particulièrement avec la peau, qu'il existe entre eux et celle-ci une solidarité bien marquée, on concevra facilement la fréquence de la pneumonie et la facilité avec laquelle elle peut se manifester. Néanmoins, outre ces circonstances favorables, la pneumonie exige encore, pour se développer, l'action de causes que l'on peut distinguer en prédisposantes et en occasionnelles.

CAUSES PRÉDISPOSANTES. Il me semble qu'une distinction importante de ces causes est celle qui les divise en générales ou communes à toutes les inflammations, et en spéciales ou agissant directement sur le poumon. Les causes qui prédisposent à l'inflammation du poumon, comme à toutes les autres phlegmasies, sont un climat froid, l'habitation des lieux exposés au nord, une température froide et sèche. Parmi les saisons de l'année, on doit noter l'hiver et le printemps comme étant celles où la pneumonie survient le plus fréquemment ; ce qui s'explique par les vicissitudes de l'atmosphère : Hippocrate, ce modèle d'observation, l'avait bien remarqué : *Hieme verò, dit-il, pleuritides, peripneumonice....., tusses, dolores pectorum et laterum* (aph. 23, sect. 3). *Frigida velut nix, glacies, pectori inimica, tusses movent, sanguinis eruptiones ac catarrhos inducunt* (aph. 24, sect. 5).

L'âge a été regardé par certains auteurs comme devant être rangé parmi les causes prédisposantes de la pneumonie. Hippocrate avait remarqué qu'elle devenait plus fréquente depuis l'adolescence jusqu'à l'âge de retour : *Ultrà hanc ætatem (juventus), dit le divin Vieillard de Cos, verò progressis, asthmata, pleuritides, peripneumonice* (aph. 30, sect. 3). Néanmoins, les observations récentes de MML

Andral et Guersent démontrent que cette maladie se manifeste très-souvent dans l'enfance , et qu'elle mérite d'être étudiée , à cette époque de la vie , comme une variété importante.

Le sexe doit encore être pris en considération dans l'examen des causes prédisposantes de la pneumonie : il est à remarquer que la femme y est moins sujette que l'homme. On peut raisonnablement attribuer cette différence à l'écoulement périodique auquel la femme est sujette ; et ce qui confirme cette opinion , c'est que les observateurs ont remarqué qu'après la cessation du flux menstruel , la femme est aussi exposée que l'homme à l'inflammation du poulmon.

Le tempérament et la constitution doivent encore être rangés au nombre des causes prédisposantes de la pneumonie : les individus doués d'un tempérament sanguin , d'une constitution athlétique , sont plus disposés à la contracter.

Enfin , la cessation d'une évacuation habituelle , l'abus des boissons alcooliques , les exercices forcés , et , en un mot , tout ce qui peut favoriser la pléthore , ou tendre à établir la diathèse inflammatoire , peut être considéré comme une cause prédisposante de la phlegmasie du poulmon , ainsi que de celle de tout autre organe.

Les causes prédisposantes spéciales de la pneumonie , sont celles qui peuvent entraver la circulation dans le poulmon ou fatiguer cet organe par un exercice trop fréquent de la respiration : telle est la mauvaise conformation du thorax , soit naturelle , soit acquise : aussi doit-on proscrire l'usage des corsets , qui , gênant l'accroissement de la poitrine et des organes qu'elle contient , devient la source de si graves maladies. Telle est encore la présence des tubercules dans le poulmon ; ce qui explique la fréquence des pneumonies aiguës chez les phthisiques.

Enfin , la profession peut être considérée comme une cause prédisposante spéciale de la pneumonie : ainsi , les individus qui vivent dans une atmosphère chargée d'émanations irritantes , comme les plâtriers , les ouvriers employés dans les fabriques d'acides , etc. ; les joueurs d'instrumens à vent , les crieurs publics , les artistes dramatiques ; en un mot , tous ceux dont les organes respiratoires se trouvent dans un

état d'irritation continuelle, soit par la présence de corps étrangers, soit par l'exercice violent et répété auquel ils sont soumis, doivent, à l'occasion de la cause excitante la plus légère, contracter une inflammation du poumon.

CAUSES EFFICIENTES OU OCCASIONELLES. Les causes efficientes ou occasionelles de la maladie peuvent être, comme les précédentes, distinguées en celles qui sont capables de produire l'inflammation en général, et celles qui doivent donner lieu immédiatement à la pneumonie. Parmi les premières, on doit ranger le passage brusque d'une température à une autre, après un exercice violent; la suppression accidentelle des règles, des hémorrhôides; celle de l'érysipèle, de la rougeole, ou de toute autre éruption exanthématique; la répercussion de la goutte, du rhumatisme, etc. Les phénomènes qui surviennent alors nous paraissent pouvoir être facilement expliqués par l'aphorisme d'Hippocrate : *Duobus laboribus simul abortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum.*

Mais il est, avons-nous dit, des causes occasionelles qui agissent directement sur le poumon. Parmi ces causes, on trouve l'inspiration des vapeurs irritantes, telle que celle d'ammoniaque ou d'acide muriatique; les efforts violents de la respiration, l'embarras des voies aériennes par un corps étranger, des coups portés sur la poitrine, les plaies qui pénètrent dans cette cavité, les fractures des côtes capables de blesser l'organe pulmonaire, l'amputation d'un sein cancéreux.

SYMPTOMES, MARCHE ET TERMINAISONS.

La pneumonie, comme toutes les maladies aiguës, débute ordinairement d'une manière subite, par un frisson suivi d'une chaleur plus ou moins intense; le malade éprouve un malaise général, des douleurs, des lassitudes, de la pesanteur dans les jambes, etc.; mais la douleur, la toux, l'expectoration et l'état de la respiration méritent une attention particulière, et sont très-propres à éclairer le praticien. La douleur est ordinairement obtuse, gravative et parfois

pongitive. La douleur gravative augmente par l'inspiration, et la pongitive par l'expectoration. Il est à remarquer encore que le malade ne peut se coucher sur le côté sain. Le siège le plus ordinaire de la douleur est au-dessous du sein, ou derrière le sternum, rarement vers le sommet du poumon; tandis que, chez les malades atteints de phthisie pulmonaire, c'est vers le sommet de l'organe que se manifestent les tubercules scrophuleux, cause immédiate de la maladie.

La toux, d'abord douloureuse et sèche, devient plus humide par la suite; elle varie d'ailleurs beaucoup, quant à sa durée et à son intensité. Les crachats sont muqueux et visqueux dans le principe; mais, plus tard, ils deviennent plus épais, et se trouvent quelquefois mêlés de sang. La respiration est plus ou moins gênée, courte, difficile, fréquente; mais on peut dire qu'il existe à ce sujet une foule de modifications.

Les symptômes que nous venons de mentionner ne sont pas toujours évidens. Il est des cas où la douleur, la toux, la gêne de la respiration manquent absolument; et il arrive tous les jours aux praticiens de trouver, à l'ouverture des cadavres, des traces de pneumonies qu'ils n'avaient nullement soupçonnées. Il faut donc que le médecin joigne aux lumières que peuvent lui fournir quelques-uns des symptômes déjà indiqués, celles qu'il peut retirer de la percussion et de l'auscultation.

La percussion de la poitrine, moyen préconisé par Avenbrugger et Corvisart, peut être de la plus grande utilité. Lorsqu'on frappe sur la poitrine d'un individu atteint de pneumonie, cette cavité, au lieu de résonner, rend un son sourd, ou même n'en rend absolument aucun, si l'inflammation a atteint un haut degré d'intensité. Mais l'auscultation, à l'aide de l'oreille ou du cylindre de M. Laennec, est un très-puissant moyen d'investigation, qu'il n'est point permis au médecin de négliger. L'exploration par le cylindre, dit M. Laennec, indique l'engorgement pulmonaire, dans tous les cas possibles, et le degré de l'engorgement, avec beaucoup plus de précision que la percussion. Dans le premier degré de la pneumonie, la respiration s'entend encore dans le point affecté, mais elle est moins grande et

moins sonore que dans les autres parties de la poitrine : elle est de plus accompagnée, dans l'inspiration sur-tout, du râle crépitant. Dans les deuxième et troisième degrés, la respiration ne se fait plus entendre. Le cylindre de M. Laennec est donc d'un puissant secours pour arriver au diagnostic de la maladie. Comment se fait-il qu'un médecin (1), qui jouit d'ailleurs de quelque célébrité, ait pu dire, en parlant de ce moyen d'investigation : « Dans dix ans, on ne s'en servira plus qu'en cachette, ou seulement dans des cas extraordinaires : banni des cliniques, mais sur-tout de la pratique civile, il n'en sera plus fait mention que dans les livres. » Une opinion aussi ridicule et aussi légèrement hasardée ne mérite pas d'être sérieusement réfutée.

Aux symptômes locaux que la pneumonie présente, se joignent quelques symptômes généraux qui sont les suivans : le pouls est ordinairement, dans le principe, plein, fort, concentré, mais il devient ensuite plus souple, plus développé ; la soif est souvent vive et son intensité est subordonnée à celle de l'inflammation ; la langue est fréquemment rouge et sèche, et, pour le dire en passant, on voit par là que cet état de la langue n'indique pas toujours une sur-excitation dans les premières voies, mais bien un état d'irritation dans un organe quelconque. Nous avons souvent entendu le professeur Delpech faire remarquer cette circonstance aux élèves de la clinique, et nous avons eu nous-même l'occasion de constater l'exactitude de ce précepte. A ces divers symptômes généraux, il faut joindre encore la chaleur de la peau, la rougeur de la face, la céphalalgie et quelques autres phénomènes qui indiquent un état d'irritation dans un des points de l'économie, retentissant dans l'ensemble de l'organisme ; car, comme l'a dit le Père de la médecine : *Consensus unus, conspiratio una, consentientia omnia.*

La marche de la pneumonie varie beaucoup ; sa durée est généralement assez courte ; on la voit le plus souvent se terminer du troisième au trentième jour : après cette époque, on la regarde comme

(1) Bourdon, Physiologie médicale, pag. 721.

chronique. M. Martin-Solon a remarqué, à la clinique de M. Récamier, que sur quarante-un cas de pneumonie, les trois quarts environ se sont terminés du sixième au vingtième jour, et que moins d'un dixième sont passés à l'état chronique.

La pneumonie est ordinairement continue ; mais il n'est pas très-rare de la rencontrer sous la forme intermittente, et j'en ai vu moi-même deux exemples. Le plus souvent sporadique, elle a été observée sous la forme endémique et épidémique ; elle peut se compliquer avec d'autres inflammations de poitrine, et particulièrement avec la pleurésie. Nous avons dit que la douleur était un des symptômes ordinaires de la maladie ; M. Andral assure que ce phénomène annonce que l'inflammation du poumon est compliquée de celle de la plèvre, et que dans les autopsies des pneumoniques qu'il a faites, il a constamment vu coïncider l'absence de la douleur avec l'état sain de cette membrane.

La pneumonie peut encore se compliquer de fièvre adynamique, ataxique, etc., et ces diverses complications doivent nécessairement entraîner une différence notable dans sa marche et sa durée.

Mais une circonstance très-importante à connaître est celle dans laquelle la pneumonie peut se compliquer d'un état bilieux. Il arrive fréquemment qu'aux symptômes de fluxion de poitrine inflammatoire se joignent l'amertume de la bouche, les nausées, les vomissemens même bilieux, etc. C'est dans des cas de cette espèce que nous avons vu les vomitifs administrés avec un plein succès ; tandis que, par la méthode purement anti-phlogistique, on n'aurait jamais pu parvenir à amener une terminaison heureuse de la maladie.

La pneumonie offre cinq terminaisons ; savoir : la résolution, la suppuration, l'induration ou l'hépatisation, la gangrène, et le passage à l'état chronique.

La résolution est la terminaison la plus favorable. Les signes qui l'annoncent sont : la diminution de la douleur et de la toux, mais sur-tout une expectoration prompte et facile de crachats épais, jaunâtres, mêlés d'un peu de sang : *Mitissimi sunt morbi pectoris*, dit Hippocrate, *in quibus cruenta sputa dejiciuntur*. Le pouls cesse d'être

fréquent, la respiration devient moins gênée, le murmure respiratoire se fait entendre, et le son peut être provoqué par la percussion. La langue devient humide, la soif modérée, la rougeur de la face et des yeux diminue. Des hémorrhagies, des sueurs copieuses, des urines, des déjections alvines abondantes, des éruptions exanthématiques, sont des moyens critiques que la nature emploie pour guérir la pneumonie. Ces crises sont annoncées par des symptômes qui leur sont propres. J'ai vu deux fois une glossite intense se manifester au septième jour, et juger la maladie.

La suppuration est une terminaison redoutable, soit que le pus se dissémine dans le parenchyme pulmonaire, soit qu'il se rassemble en abcès; cette dernière circonstance est la moins commune: la structure des parties rend raison de cette différence. Le pus qui se forme dans le poulmon remplaçant l'air qui y est contenu, trouve plus de facilité à s'infiltrer qu'à se réunir en foyer. MM. Broussais et Bayle nient l'existence des abcès dans le parenchyme pulmonaire; mais plusieurs praticiens, entre autres le professeur Lallemand, en ont vu des exemples.

La suppuration a ordinairement lieu vers le deuxième septénaire de la maladie; elle s'annonce par la persistance des symptômes, par des frissons légers mais fréquens qui parcourent le corps; le pouls d'abord mou, ondulent, devient de plus en plus fréquent; l'oppression continue ou augmente; la toux est opiniâtre; la douleur devient moindre; la peau est sèche et d'une chaleur âcre, sur-tout à la paume des mains et à la plante des pieds; il y a des sueurs la nuit; l'amaigrissement est considérable; la faiblesse extrême.

Lorsque la suppuration a lieu, le malade peut mourir suffoqué par l'engouement purulent du poulmon, ou bien le pus peut se faire jour dans la cavité de la plèvre ou à travers les parois thoraciques; mais ces deux derniers cas sont fort rares. Il peut aussi arriver que le pus se fraie un chemin par les bronches, et qu'il soit ainsi expulsé par l'expectoration.

L'hépatisation du poulmon est une terminaison très-fâcheuse; elle arrive ordinairement du 3^e au 7^e jour; les crachats cessent tout-à-coup;

la dyspnée devient de plus en plus prononcée ; le pouls est tremblotant ; le délire se manifeste ; le froid gagne les extrémités , et la mort survient par suffocation. La percussion et l'auscultation peuvent annoncer, d'une manière précise , les progrès de cette terminaison.

Lorsque la pneumonie doit se terminer par gangrène , les symptômes disparaissent tout-à-coup ; l'expectoration fournit des crachats diffluens , cendrés , noirs et fétides ; la faiblesse du malade est extrême ; le pouls misérable ; la figure livide et décomposée ; la respiration a une odeur manifeste de gangrène ; la maigreur fait des progrès rapides , et le malade ne tarde pas à succomber. Cette terminaison de la pneumonie est très-rare ; aussi M. Laennec dit-il qu'on peut à peine la ranger au nombre des terminaisons de l'inflammation du poulmon.

Enfin , le passage à l'état chronique peut être compté parmi les terminaisons de la pneumonie. Cette terminaison est assez fréquente ; elle s'annonce lorsqu'après la disparition des symptômes généraux , on n'observe pas les signes d'une résolution franche. Les médecins physiologistes ont prétendu que la phthisie pulmonaire n'était autre chose qu'une pneumonie passée à l'état chronique ; mais nous avons déjà dit ce qu'il fallait penser de cette opinion.

Quelles sont les altérations que l'anatomie pathologique démontre dans les poulmons enflammés ?

Les travaux de Bayle , de Laennec et du professeur Andral , ont appris que les désordres que l'inflammation amène dans le parenchyme pulmonaire s'offrent sous trois formes principales : l'engouement , l'hépatisation rouge et l'hépatisation grise.

Dans l'engouement qui constitue le premier degré , la partie affectée , devenue plus pesante que dans l'état sain , a pris une teinte rouge ; le parenchyme pulmonaire est encore crépitant , mais on sent , lorsqu'on le comprime , qu'il renferme un fluide d'une densité supérieure à celle de l'air ; si on l'incise , on donne lieu à l'écoulement d'un liquide séro-sanguin : ce premier degré constitue ce que M. Laennec a appelé apoplexie pulmonaire.

Quand l'inflammation a atteint le deuxième degré , le parenchyme pulmonaire ressemble assez exactement à un foie gorgé de sang ; il ne

crépité plus ; l'air qui le remplissait a été remplacé par une sorte de bouillie rougeâtre, qui s'écoule difficilement quand on incise le poumon ; la surface de ce dernier présente des granulations rouges, semblables à celles qui entrent dans la composition du foie : de-là la dénomination d'hépatisation rouge, donnée à cet état de l'inflammation de l'organe pulmonaire. M. Andral dit que, dans ces cas, la friabilité du tissu est extrême ; aussi il représente ce deuxième degré de l'inflammation, par l'expression de ramollissement rouge. Dans cet état de phlogose, le poumon augmente sensiblement de volume ; M. Broussais et plusieurs autres médecins affirment avoir remarqué sur un poumon enflammé à ce degré l'empreinte causée par la pression des côtes.

Dans le troisième degré qu'on a désigné sous le nom d'hépatisation grise, le parenchyme pulmonaire compacte, imperméable à l'air, ne surnageant plus à l'eau, comme dans le cas précédent, prend une couleur particulière. D'après M. Laennec, cette couleur est d'un jaune paille ; d'après M. Andral, elle offre une teinte grise. Le premier de ces deux auteurs dit que, dans ce degré de l'inflammation, le poumon offre la consistance du foie à l'état sain ; tandis que M. Andral assure que la friabilité du parenchyme pulmonaire est telle, qu'il suffit d'enfoncer le doigt dans un point pour y déterminer la formation d'une cavité. Le ramollissement qui survient à la suite de l'inflammation du cerveau, du foie, si bien décrit par le professeur Lallemand, nous porte à penser qu'il doit se passer des phénomènes semblables dans le parenchyme pulmonaire.

DIAGNOSTIC.

Il est en général assez facile de reconnaître une pneumonie simple ; les détails dans lesquels nous sommes entré au chapitre des symptômes de cette maladie, nous dispensent de répéter ce que nous avons dit, mais l'inflammation du poumon n'existe pas toujours isolément ; souvent au contraire elle se complique avec d'autres états, et le diagnostic en devient alors difficile. Le praticien doit, dans ces cas embarrassans, s'aider de la percussion et de l'auscultation, soit mé-

dilate, soit immédiate ; il doit employer, pour atteindre son but, tous les moyens d'investigation, car souvent l'un d'eux lui donne des lumières que les autres n'avaient pu lui fournir.

La méthode d'investigation de M. Laennec est celle qui nous paraît offrir le plus d'avantages. La percussion est souvent inapplicable, insuffisante, et peut même induire en erreur ; elle ne fournit aucun signe propre à faire distinguer la pneumonie, de la pleurésie et d'un épanchement dans la plèvre ; elle ne peut point indiquer les progrès de la maladie : de plus, elle cause une augmentation de douleur.

L'auscultation, au contraire, est d'une application générale ; elle indique les nuances les plus légères de la respiration et les degrés variés de l'inflammation. Il n'y a que très-peu de cas dans lesquels l'auscultation ne peut point éclairer le médecin ; c'est par exemple lorsque la phlegmasie est circonscrite et qu'elle occupe un point éloigné de la circonférence de l'organe ; dans ces cas, on doit recourir à la percussion et à tous les autres moyens propres à éclairer le diagnostic.

Les maladies que l'on peut le plus facilement confondre avec la pneumonie, sont le catarrhe pulmonaire, la pleurodynie, la péricardite et la pleurésie ; mais il existe néanmoins entre la pneumonie et ces diverses affections des différences assez notables pour les faire distinguer.

Dans le catarrhe pulmonaire, la douleur qui se montre sur la direction des bronches, n'augmente, ni par la pression, ni dans l'inspiration. La toux, d'abord légère, s'accroît et détermine l'expectoration de crachats visqueux et qui ne sont que rarement sanguinolens. La fièvre est beaucoup moindre. Si on applique le cylindre, on distingue sur le trajet des bronches et de la trachée-artère un râle muqueux très-prononcé.

Dans la pleurodynie, la douleur est extérieure ; presque nulle, lorsque la poitrine est immobile, elle devient vive pendant la dilatation de cette cavité ; la fièvre est toujours modérée, et souvent elle n'existe pas ; la toux est rare ; la respiration s'entend comme dans l'état normal. La pleurodynie a en outre pour caractère essentiel une douleur susceptible d'augmenter beaucoup par la moindre pression.

La péricardite sera facilement distinguée de la pneumonie, en ce que l'expectoration est nulle, la douleur brûlante, fixée à la région du cœur et susceptible d'augmenter par la pression. En appliquant la main sur le cœur, on sent qu'il éprouve une sorte de tremblement ou des palpitations plus ou moins fortes. Dans ce cas, le cylindre donne pour résultat ce qu'on a appelé le bruit de cuir.

Enfin, dans la pleurésie, la douleur est superficielle, fixe, aiguë, augmentant ordinairement par la pression, l'inspiration et le décubitus sur le côté affecté; la toux est sèche; le pouls dur, plein et tendu. Lorsque l'épanchement est formé, l'auscultation fournit les moyens de distinguer les deux maladies.

PRONOSTIC.

D'après l'importance de l'organe affecté, il est facile de pressentir que la pneumonie doit être considérée comme une maladie dangereuse; mais le pronostic que porte le médecin, devra varier suivant plusieurs circonstances. Ainsi l'inflammation peut avoir plus ou moins d'étendue, plus ou moins d'intensité; de plus la pneumonie sera d'autant plus grave, qu'elle se compliquera de l'affection de quelques autres organes importants. Une mauvaise conformation de la poitrine doit exercer une fâcheuse influence sur l'issue de la maladie.

D'après les auteurs les plus recommandables, tels que Stoll, Baglivi, l'état de la respiration est très-propre à faire bien juger de la maladie. Ainsi, lorsque l'oppression est grande, que le malade est obligé, pour respirer, de garder une position verticale, le danger est imminent; tandis que le pronostic devra être considéré comme avantageux, si le malade peut se coucher librement sur les deux côtés, si la respiration n'est ni gênée, ni précipitée.

L'expectoration mérite toute l'attention du médecin. Lorsque les crachats sont abondans et sortent avec facilité, on peut espérer une heureuse terminaison; tandis que s'ils sont rendus difficilement et en petite quantité, ou qu'ils se suppriment tout-à-coup, après avoir commencé à paraître, la maladie devra avoir une issue funeste.

L'apparition des sueurs, un flux abondant d'urine sédimenteuse, annoncent une terminaison favorable. On devra au contraire mal augurer de la maladie, s'il y a sécheresse et chaleur âcre de la peau, anxiété vive, faiblesse et intermittence dans le pouls, etc.

On a noté comme un symptôme fâcheux, le passage de la douleur d'un point à un autre : cette circonstance indique que l'inflammation fait des progrès.

Si un délire violent vient se joindre aux divers symptômes que la maladie peut présenter, le médecin devra porter un pronostic très-fâcheux.

Quelques autres circonstances doivent encore faire varier le pronostic ; ainsi, ce dernier sera d'autant plus fâcheux que le malade sera plus faible, plus âgé, et qu'il aura éprouvé plusieurs récidives.

Enfin, le tempérament, la constitution du sujet, les maladies régionales, doivent encore influencer le pronostic de la pneumonie.

TRAITEMENT.

La marche de la pneumonie est si rapide qu'il convient de l'attaquer d'une manière prompte et énergique.

La méthode anti-phlogistique est, sans contredit, celle dont le médecin retire le plus d'avantages. Outre la saignée, les boissons émollientes et rafraîchissantes, cette méthode comprend encore le tartre stibié administré à haute dose.

Les auteurs sont généralement d'accord sur l'emploi de la saignée, mais ils diffèrent sur l'endroit où l'on doit la pratiquer, sur la quantité de sang qu'on doit tirer et le temps pendant lequel on doit la faire. On doit appliquer ici les préceptes que le célèbre Barthez donne dans son immortel Traité des fluxions. « Lorsque dans une maladie, dit cet auteur, la fluxion sur un organe est imminente, qu'elle s'y forme et s'y continue avec activité, comme aussi lorsqu'elle s'y renouvelle par reprises périodiques et autres, on doit lui opposer des évacuations révulsives par rapport à cet organe. Lorsque la fluxion est parvenue à l'état fixe dans lequel elle continue avec une

activité beaucoup moindre qu'auparavant (dans les maladies aiguës) ; ou lorsqu'elle est devenue faible et habituelle (dans les maladies chroniques) , on doit en général préférer les attractions et évacuations dérivatives. Après avoir fait précéder les révulsions et les dérivations qui sont indiquées , il faut souvent recourir à des attractions ou à des évacuations qu'on appelle locales , puisqu'elles sont dans les parties les plus voisines qu'il est possible de celle où se termine la fluxion , et où elle est comme concentrée. »

Hippocrate , Sydenham , Stoll , veulent qu'on saigne du côté malade ; d'autres , du côté sain. Je pense , avec les médecins célèbres que je viens de citer , que la saignée pratiquée du côté de la douleur est la plus avantageuse.

A quelle époque de la maladie doit-on saigner ? Tous les médecins pensent que la saignée est principalement indiquée dans le premier temps de la maladie ; cependant , elle peut être encore pratiquée avec avantage plus tard , si les symptômes inflammatoires prédominent. Il se présente quelquefois des cas où , bien que la saignée soit évidemment indiquée , l'état de faiblesse où se trouve le malade ne permet guère au médecin de la pratiquer. C'est dans ces circonstances , comme nous le dirons bientôt , que le tartre stibié peut être du plus puissant secours.

Quant à la quantité de sang que l'on doit tirer au malade , on ne peut pas fixer un terme pour tous les individus. L'âge , le tempérament , la constitution entraînent beaucoup de différences. Mais il ne faut pas que le praticien s'en laisse imposer par la faiblesse du pouls ; car le plus souvent cette faiblesse n'est qu'apparente , et est le résultat de l'engorgement porté à un degré extrême.

Il est quelques moyens qui sont très-propres à aider l'action de la saignée : ce sont les boissons délayantes , adoucissantes et pectorales. Si l'expectoration est difficile , on doit avoir recours aux médicamens appelés expectorans , tels que l'oxymel scillitique , le kermès minéral.

L'emploi des révulsifs ne doit pas être négligé : les sinapismes , les vésicatoires , ont produit souvent d'excellens effets. On peut aussi agir quelquefois très-efficacement sur le tube intestinal. Mais on ne

doit avoir recours à ces moyens , que lorsqu'on a beaucoup diminué les symptômes inflammatoires par les saignées et les autres anti-phlogistiques.

Il est presque inutile de dire que , pendant tout le temps de l'irritation , le malade devra observer la diète la plus sévère. Lorsque l'inflammation aura perdu de son intensité , il prendra quelques bouillons , puis un léger potage , etc. , et l'on augmentera ainsi graduellement la quantité de ses alimens.

Enfin , pendant le cours de la pneumonie , comme pendant celui d'une foule d'autres maladies , on devra éloigner les excitans , soit physiques , soit moraux ; on devra sur-tout interdire l'usage de la parole , et tous les exercices qui fatiguent le poumon.

Parmi les moyens anti-phlogistiques , j'ai rangé le tartre stibié , administré à haute dose. Depuis quelques années , la thérapeutique s'est enrichie de ce puissant moyen ; et il a été bien évidemment constaté que le tartre stibié , administré à des doses élevées , possédait des propriétés toutes différentes de celles dont il jouit à doses ordinaires. C'est à Rasori que la science est redevable d'avoir introduit ce nouveau mode dans l'administration de ce médicament ; et les succès qu'une foule de médecins ont déjà obtenus ne permettent plus de négliger un moyen aussi précieux.

Ce fut d'abord contre la pneumonie et le rhumatisme que les médecins dirigèrent le tartre stibié ; mais bientôt l'analogie le fit introduire dans le traitement de l'inflammation en général : nous l'avons vu administrer par le célèbre professeur Delpech , pour combattre les inflammations traumatiques , et le succès en a toujours suivi l'emploi. On doit donc accorder à ce médicament une propriété anti-phlogistique.

Il est des circonstances où le tartre stibié à haute dose doit être employé de préférence à tout autre moyen ; c'est , comme nous l'avons dit plus haut , lorsque le malade se trouve dans un tel état de faiblesse , que la moindre évacuation sanguine peut lui être funeste. Dans ces cas , l'émétique nous fournit le précieux moyen de remplir l'indication qui se présente , sans préparer au malade une convales-

cence longue et pénible, qui ne manque pas de survenir après les saignées fréquemment réitérées.

Le praticien ne doit pas craindre de porter très-haut la dose du médicament ; nous l'avons vu employer jusqu'à la dose de vingt et de vingt-cinq grains dans les vingt-quatre heures.

Je ne rapporterai point ici toutes les considérations importantes auxquelles l'emploi du tartre stibié à haute dose peut donner lieu. Il me suffira de l'avoir indiqué comme un puissant moyen anti-phlogistique, et je ne puis mieux faire que de renvoyer, pour de plus amples détails, au Mémorial du professeur Delpech, dans lequel se trouvent consignés des faits du plus haut intérêt, et qui mettent hors de doute l'efficacité de ce médicament contre l'inflammation.

Mais le traitement de la pneumonie ne doit pas toujours se réduire à l'emploi des anti-phlogistiques. Ce que nous avons dit des complications et des variétés que peut offrir l'inflammation du poumon, doit faire pressentir qu'il est des cas où le médecin doit faire usage d'autres moyens.

Nous avons parlé de pneumonie intermittente observée par J.-P. Frank. Dans des cas de ce genre, ce médecin a employé le quinquina avec un plein succès : j'ai vu moi-même ce médicament réussir dans des circonstances semblables.

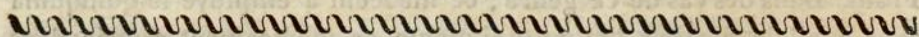
Mais il est une complication de la pneumonie qui se présente assez fréquemment, et que l'on doit combattre par des moyens appropriés, je veux parler de la complication bilieuse. Dans ce cas, le médecin a deux indications à remplir : il doit combattre l'inflammation et évacuer les matières bilieuses. ^{Prim} ^{ander} ~~Abli~~ de ce précepte a été souvent suivi des plus funestes résultats ; et nous avons vu au contraire, dans bien des cas, l'emploi des vomitifs être suivi des plus heureux succès. On voit par là combien il serait dangereux d'adopter dans le traitement de la pneumonie une méthode exclusive. Ce serait s'écarter de la vérité que de s'attacher à combattre l'inflammation du poumon par une seule espèce de moyens thérapeutiques. Le praticien sage devra donc modifier son traitement, suivant les diverses complications qui se présenteront. L'on conçoit ainsi les succès que les mé-

decins disent avoir obtenus par les émétiques , les purgatifs , les narcotiques , les sudorifiques , etc.

Enfin , une circonstance digne de toute l'attention du médecin est celle-ci : il convient de favoriser , autant que possible , la tendance qu'a la maladie vers telle ou telle terminaison. Ainsi , si la pneumonie paraît devoir se terminer par les selles , on aidera cette évacuation par des lavemens émolliens et quelques légers purgatifs. Si elle tend à se juger par les urines ou par les sueurs , on devra administrer les moyens propres à favoriser ces évacuations.

Lorsque le médecin a été assez heureux pour faire prendre à la maladie une terminaison salutaire , il doit mettre le plus grand soin à diriger le malade jusqu'à sa parfaite guérison. Il doit faire éviter au convalescent tout ce qui pourrait irriter ou fatiguer les organes de la respiration ; et il pourra ainsi prévenir une rechute toujours très-dangereuse , et contre laquelle les ressources de l'art sont souvent impuissantes.

FIN.



MATIÈRE DES EXAMENS.

- 1^{er} *Examen.* Physique , Chimie , Botanique , Histoire naturelle des médicamens , Pharmacie.
 - 2^e *Examen.* Anatomie , Physiologie.
 - 3^e *Examen.* Pathologie externe et à ce
 - 4^e *Examen.* Matière médicale , Médecine légale , Hygiène , Thérapeutique.
 - 5^e *Examen.* Clinique interne ou externe , suivant le titre de Docteur en Médecine ou en Chirurgie que le Candidat voudra acquérir ; Accouchemens.
 - 6^e et dernier *Examen.* Présenter et soutenir une Thèse.
-