

crépitant à peine, surnage encore à l'eau. Ailleurs, le parenchyme pulmonaire est sec, si ce n'est postérieurement, où il offre un peu d'engouement cadavérique. Couleur rouge de la muqueuse bronchique des lobes supérieurs. Anciennes adhérences celluleuses des plèvres; cavités du cœur remplies de sang noir liquide.

Rien de remarquable dans les organes du crâne et de l'abdomen.

—

Cette double pneumonie, beaucoup moins éten due que celle dont fut atteint le sujet de l'observation VIII^e, fut cependant aussi rapidement mortelle; mais notons que c'étaient les lobes supérieurs que l'inflammation avait frappés, et nous croyons avoir constaté que, toutes choses d'ailleurs égales, l'inflammation des lobes est plus grave, plus redoutable qu'une phlegmasie, même plus intense, des autres portions du parenchyme pulmonaire. Il est très-vraisemblable que si l'engouement inflammatoire eût existé dans les deux lobes inférieurs, le cas n'eût pas été mortel. Ici, d'ailleurs, le tissu pulmonaire était très-près de l'hépatisation; il avait déjà perdu un peu de sa consistance: pressé entre les doigts, il crépitait à peine, et dans cet état il rappelait assez bien la sensation que l'on éprouve lorsque l'on presse les poumons d'un fœtus qui n'a point respiré. Cet état intermédiaire entre le simple engouement et l'hépatisation avait été annoncé par la diminution de plus en plus grande du râle, sans retour simultané du souffle naturel de la respiration. Il avait été également annoncé par la diminution de sonorité des parois thoraciques, sans qu'il y eût pourtant véritable matité. Enfin la grande viscosité des crachats était encore un indice que la pneumonie tendait à passer du premier au deuxième degré.

On conçoit d'ailleurs combien les renseignements fournis

par la percussion peuvent être infidèles, lorsque, comme ici, la sérosité diminue également à la fois des deux côtés du thorax, sans qu'il y ait encore une *matité* bien prononcée.

L'invasion de la pneumonie ne fut annoncée par aucun point pleurétique; le délire qui s'était montré presque au début de la maladie, et qui avait disparu à mesure que les signes de la pneumonie s'étaient mieux dessinés, reparut dans les dernières vingt-quatre heures de l'existence du malade. Il ne put être expliqué par aucune lésion appréciable de l'encéphale. Dans ce cas particulier, se trouva confirmé l'aphorisme d'Hippocrate: *A peripneumoniâ phrenitis, matum.*

ARTICLE II.

PLEURO-PNEUMONIES AU DEUXIÈME DEGRÉ (hépatisation rouge).

Dans l'état actuel de la science, il est presque toujours facile de distinguer, d'après la nature des symptômes, ce deuxième degré du premier. La percussion et l'auscultation ne donnent plus les mêmes signes, les crachats ont souvent un autre caractère; on pourrait aussi admettre, *à priori*, que toujours dans le cas d'hépatisation, la dyspnée est plus grande; mais il y a à cet égard de nombreuses exceptions; et s'il est vrai de dire que l'état de la respiration est très-important à considérer sous le rapport du pronostic, il faut avouer d'un autre côté que la liberté plus ou moins grande des mouvements respiratoires ne peut donner tout au plus que des probabilités sur l'état même du parenchyme pulmonaire.

Nous avons déjà vu une dyspnée extrême coïncider avec un léger engouement du parenchyme; nous verrons plus bas une hépatisation considérable avec fort peu de gêne dans la respiration.

X. OBSERVATION.

Un charpentier, âgé de trente-deux ans, d'une faible constitution, marié depuis quinze jours, soupa comme à son ordinaire dans la soirée du 20 avril 1822. Une heure après il fut pris tout-à-coup d'un violent frisson qui dura toute la nuit. Dans la matinée du 21 il sentit une douleur qui se manifesta d'abord au sommet de l'épaule gauche, et qui s'étendit bientôt à toute la partie latérale gauche du thorax : cette douleur augmentait par la toux et par les inspirations profondes, elle devenait insupportable par le décubitus à gauche. En même temps, toux sèche, sueur le soir. Pendant les sept jours suivants le malade garda le lit et ne but que quelques tisanes adoucissantes. La douleur du côté persista; la respiration devint de plus en plus gênée; les crachats se teignirent de sang. Dans la soirée du 27, septième jour, il entra à l'hôpital et fut saigné immédiatement. La nuit, il délira. Dans la matinée du huitième jour, il présenta l'état suivant : inspirations courtes et rapprochées; toux fréquente, avec expectoration d'une quantité assez considérable de crachats rouillés, visqueux, transparents. La douleur, moins vive que les jours précédents, se faisait sentir par la percussion dans tout le côté latéral gauche du thorax, depuis l'aisselle jusqu'aux dernières côtes. Le décubitus avait lieu sur le dos; la poitrine percutée rendait un son mat, latéralement en arrière, dans toute l'étendue à peu près du lobe inférieur du poumon; en quelques points de cette même étendue on entendait un peu de râle crépitant, sans mélange de murmure inspiratoire. On conclut de ce double renseignement fourni par la percussion et l'auscultation, que le lobe inférieur du poumon gauche était en partie engoué, en partie hépatisé. Pouls

fréquent, assez résistant; peau chaude et moite (des sueurs avaient eu lieu chaque soir depuis l'origine). Langue blanchâtre; anorexie; soif médiocre; constipation (*saignée de douze onces; trente sangsues sur le côté gauche; tisanes émollientes*). La journée se passa assez bien; le soir, sueur abondante; délire la nuit.

Dans la matinée du neuvième jour le délire persistait; mais la respiration était plus facile que la veille; les crachats contenaient moins de sang; le râle crépitant, sensiblement plus fort et plus étendu que la veille, semblait annoncer que les parties hépatisées du poumon repassaient au simple engouement. La fièvre était moindre. Sous le rapport de la pneumonie, le malade était évidemment mieux; mais l'existence du délire annonçait une congestion cérébrale, d'autant plus fâcheuse qu'elle aurait dû diminuer si elle n'avait été que sympathique de l'affection thoracique. Assez d'émissions sanguines avaient été faites chez un sujet naturellement faible. Deux vésicatoires furent appliqués aux jambes, comme révulsifs à la fois de la tête et de la poitrine. Le délire cessa en effet vers le soir et ne reparut plus.

Dixième jour, même état; sueurs le soir. Onzième et douzième jour, le son du côté gauche était moins mat, et le râle crépitant y était très-prononcé. Le malade ne sentant plus aucune douleur, exécutait assez facilement une inspiration profonde; les crachats, à peine rouillés, repassaient à l'état catarrhal; la fièvre était modérée, en un mot, tout annonçait que la résolution s'opérait. Treizième jour, application d'un vésicatoire sur le côté gauche du thorax. Quatorzième et quinzième jour, l'on commença à entendre le bruit naturel de la respiration mêlée au râle crépitant. Dès lors, disparition du son mat, crachats de catarrhe. Seizième jour, le bruit naturel de la respiration, beaucoup plus net que la veille,

n'était plus mêlé qu'en quelques points, et par intervalles, à du râle crépitant; le pouls conservait un peu de fréquence, sans autre signe de fièvre. Il n'y avait plus de sueur le soir depuis trois jours. Dix-septième jour, murmure de la respiration également net et naturel partout; convalescence.

Fixons quelques instants notre attention sur les signes que fournirent ici l'auscultation et la percussion. Il y eut d'abord son mat, et en même temps râle crépitant faible, sans mélange de murmure inspiratoire. De ces signes nous déduisîmes la conséquence qu'il y avait déjà hépatisation du tissu pulmonaire. Plus tard, lorsque la diminution de la fièvre, la dyspnée de moins en moins forte, le retour des crachats à l'état catarrhal, le rétablissement progressif de la sonorité des parois thoraciques, annonçait la résolution de la pneumonie, l'auscultation précisa en quelque sorte tous les instants de cette résolution; elle nous montrait chaque jour le tissu pulmonaire repassant peu à peu de l'état d'hépatisation à l'état de simple engouement. L'intensité plus ou moins forte du râle crépitant, son mélange plus ou moins grand avec le bruit physiologique de la respiration, nous avertissent de ces différents états du poumon avec une sorte de rigueur presque mathématique. Si le râle crépitant est très-fort, sans mélange du murmure inspiratoire, on peut être certain que, dans toute la partie du poumon où on l'entend, il n'y a que simple engouement, mais que cet engouement est très-considérable. Si avec le râle on entend encore le bruit qui résulte de l'entrée de l'air dans les vésicules pulmonaires, on doit en conclure, comme dans le cas précédent, qu'il n'y a encore que simple engouement, mais que cet engouement est moins considérable, et que beaucoup de parties du poumon sont en-

core saines. Il y a un degré où le râle ne s'entend plus qu'en quelques points isolés, à de longs intervalles, ou bien d'une manière continue, mais si faible qu'il faut beaucoup d'attention et d'habitude pour le distinguer et le saisir, en quelque sorte, au milieu du bruit d'expansion pulmonaire qui prédomine à mesure que le râle diminue; alors l'engouement inflammatoire est très-léger ou très-circonscrit. D'autres fois, bien que le râle crépitant devienne de plus en plus faible, le bruit d'expansion pulmonaire ne se rétablit pas; alors il y a passage du premier au deuxième degré, mélange d'engouement et d'hépatisation. Il est rare que dans le cas où cette hépatisation même est considérable, l'on n'entende pas encore un peu de râle crépitant. Dans ce dernier cas, l'entrée de l'air et la résonance de la voix dans les bronches subissent des modifications, d'où résultent de nouveaux signes sur lesquels nous aurons occasion d'insister plus tard. Lorsque les portions de poumons hépatisées redeviennent perméables à l'air, on en est averti par le retour du râle crépitant, ou par son intensité plus grande, s'il a persisté. Il est une circonstance qui mérite toute l'attention du praticien, c'est que très-souvent le bruit d'expansion pulmonaire reste mêlé à un peu de râle crépitant, long-temps après que tous les autres signes de la pneumonie ont disparu. Que conclure de ce fait? C'est que les portions de poumons qui ont été enflammées ne reviennent ordinairement à leur état tout-à-fait physiologique qu'avec une plus grande lenteur qu'on n'aurait pu le croire avant la pratique de l'auscultation; de là la facilité des rechutes dans la convalescence des phlegmasies pulmonaires; de là aussi les grandes précautions qu'il est nécessaire de prendre, tant que le râle persiste. Si on les néglige, la maladie, devenue latente dans cette dernière période de son existence, pourra repasser inopinément à l'état aigu; ou bien, ce qui est le cas le plus

commun, une inflammation chronique sera entretenue dans le poumon, et la dégénération tuberculeuse de ce viscère en sera le résultat, pour peu que le malade y soit prédisposé.

Portons maintenant nos regards sur quelques autres circonstances notables de cette observation.

Les sueurs n'eurent ici aucun caractère critique; elles se manifestèrent dès le premier jour de la maladie, et persistèrent jusqu'à son déclin. Elles purent d'ailleurs favoriser l'heureuse terminaison de la pneumonie. Cette terminaison eut lieu peu à peu, sans être accompagnée d'aucune crise proprement dite.

La douleur pleurétique aurait pu être regardée, à cause de son siège primitif (à l'épaule), comme une simple douleur rhumatismale; mais le frisson intense qui précéda son apparition en indiquait la nature. C'était par l'absence ou par la présence du frisson initial que Stoll cherchait à distinguer, dans beaucoup de cas, un rhumatisme fixé sur les parois thoraciques, avec toux et fièvre, d'avec une véritable pleurésie. Comment un aussi excellent observateur a-t-il dit qu'on pouvait aussi tirer de l'état de la langue un caractère distinctif? D'après lui, elle est humide dans le rhumatisme, et sèche dans l'inflammation de la plèvre. Rien n'est certainement plus inexact. Transportée de l'épaule à la poitrine, cette douleur présente encore chez notre malade une circonstance insolite. Au lieu de se manifester en un point circonscrit, au niveau et au-dessous du sein, comme c'est le cas le plus ordinaire, elle s'étendit à toute la partie latérale gauche du thorax. Il serait, je pense, assez difficile de dire pourquoi, dans le plus grand nombre des cas, il n'en est pas ainsi; pourquoi une inflammation générale de la plèvre ne signale le plus souvent son existence que par un *point douloureux*. Il semble que ce serait le cas le plus général qui devrait former l'exception.

Le délire, qui se manifesta plusieurs jours de suite, céda avec une rare promptitude à des révulsifs appliqués aux extrémités inférieures à une époque où la réaction ne semblait plus à redouter. Ce délire ne se présenta d'ailleurs avec aucun caractère fâcheux; et si l'une de nos observations précédentes a confirmé l'aphorisme d'Hippocrate sur le danger du délire dans la pneumonie, l'observation actuelle en dément la constante exactitude. Du reste, on sait qu'il est des individus chez lesquels l'affection la plus légère se complique de délire. C'était peut-être le cas de notre malade; l'ensemble de sa constitution semblait annoncer une grande susceptibilité du système nerveux, susceptibilité qui pouvait d'ailleurs avoir été augmentée par un mariage contracté récemment.

XI^e OBSERVATION.

Un tailleur, âgé de vingt-un ans, fut atteint d'un simple coryza dans la journée du 2 mars 1824. Le lendemain, à neuf heures du matin, il fut pris, sans malaise antécédent, d'un point de côté au-dessus du sein droit; dans la journée, persistance de la douleur, toux sèche, dyspnée légère, fièvre, sueur le soir et la nuit. Le 4 mars, le malade observe la diète et le repos, et entre à la Charité dans la soirée du 5. État du 6 mars (quatrième jour à dater de l'invasion du point de côté): son mat à droite en arrière dans toute l'étendue à peu près du lobe inférieur. Dans cette même partie, râle crépitant faible sans mélange de bruit d'expansion pulmonaire, partout ailleurs murmure inspiratoire fort et net; toux fréquente, avec expectoration de crachats rouillés, réunis en une masse gélatiniforme qui ne se détache point du vase lorsqu'on le renverse. Douleur pleurétique, sensible seulement lorsqu'on percute; respiration paraissant peu gênée au malade, bien que

les inspirations soient courtes et rapprochées. Pouls fréquent et plein, peau chaude et sèche (il n'y a plus eu de sueur depuis le 3 mars). Nous pensâmes qu'il y avait déjà hépatisation du tissu pulmonaire (*saignée d'une livre*). — La journée fut bonne; la nuit, le malade dormit un peu et transpira légèrement.

Cinquième jour, on ne perçoit plus à droite qu'un très-léger râle, sans aucun bruit d'expansion pulmonaire; le son est plus mat que la veille; chaque fois que le malade inspire, l'entrée de l'air dans les bronches de la portion du poumon enflammée est accompagnée d'une sorte de souffle, entièrement différent du bruit qui résulte, chez l'homme sain, de l'entrée de l'air dans les vésicules pulmonaires. Il semblait que, celles-ci étant devenues imperméables, la colonne d'air, qui ne pouvait plus pénétrer au-delà des grosses bronches, vibrât avec plus de force contre leurs parois, d'où résultait un bruit respiratoire bien distinct de celui qui se faisait entendre dans les portions de poumon restées saines. Enfin, dans cette même partie hépatisée, la voix du malade avait un caractère particulier, qui n'était ni la pectoriloquie, ni aucune des variétés de l'égophonie; *elle retentissait plus fortement qu'ailleurs* (1). Les autres symptômes n'offrirent pas de changement notable. (*Saignée de douze onces.*) — Le sang des deux saignées présenta une couenne.

Sixième jour, mêmes renseignements par l'auscultation et la percussion. Dyspnée plus considérable, crachats très-visqueux, expectorés facilement; pouls fréquent et faible; prostration. La gêne plus grande de la respiration détermina M. Lerminier, malgré la faiblesse du pouls et l'état apparent

(1) C'est ce phénomène qui a été depuis désigné par Laennec sous le nom de *Bronchophonie*.

de débilité générale, à prescrire une troisième saignée de huit onces. Elle fut couenneuse comme les précédentes. Deux sinapismes furent ensuite appliqués aux jambes. Le malade prit dans la journée, par cuillerées, un *demi-tooch blanc*, avec addition de quatre grains d'*ipécacuanha* et d'un demi-grain de *kermès*; tisane de violette et de bourrache; trois bouillons. Nous quittâmes le malade, augurant mal de son état. — Dans la nuit, la peau, qui, à l'exception du premier jour, était restée sèche ou n'avait présenté qu'une très-légère moiteur, se couvrit d'une sueur très-abondante, qui persistait encore le lendemain matin.

Septième jour: alors il s'était fait dans l'état du malade un remarquable changement. Un râle crépitant très-prononcé, avec mélange du bruit d'expansion pulmonaire, avait remplacé la *respiration bronchique*, qui la veille encore s'entendait seule dans toute l'étendue du lobe inférieur du poumon droit. La résonnance particulière de la voix dans ce même point avait disparu. Les crachats avaient perdu une grande partie de leur teinte rouillée et de leur viscosité. La respiration était plus libre, l'expression de la face plus naturelle, le pouls moins fréquent et moins faible. La sueur continua jusqu'au soir. (*Tisanes émollientes; bouillons.*)

Huitième jour, râle crépitant, avec mélange du murmure naturel de la respiration; sonorité à peu près égale des deux côtés du thorax. Crachats de simple catarrhe; fréquence médiocre du pouls, douce chaleur de la peau. Les jours suivants, disparition complète du râle crépitant, qui fait place au seul bruit d'expansion pulmonaire; cessation de la toux, guérison.

Des signes non équivoques annoncèrent, chez ce malade, l'hépatisation du tissu pulmonaire. Elle existait déjà le qua-

trième jour; mais elle n'était encore que peu étendue ou incomplète en beaucoup de points. Le cinquième jour, elle était plus considérable. Nous avons décrit avec soin et cherché à expliquer les deux signes qui indiquèrent ce funeste progrès, savoir, la nature particulière du bruit de la respiration, et le retentissement de la voix. Pour exprimer par un terme générique la modification que subit le bruit respiratoire dans les poumons hépatisés, nous proposons d'appeler ce bruit ainsi modifié, *respiration bronchique*, par opposition au bruit respiratoire qu'on entend dans l'état sain, qui annonce l'entrée libre de l'air dans les vésicules pulmonaires, et que nous appellerions volontiers *respiration vésiculaire*. Ces phénomènes coïncidaient d'ailleurs avec la *matité* du son et la grande viscosité des crachats. La gêne de la respiration ne semblait pas en rapport avec la gravité de la lésion pulmonaire; mais bientôt la dyspnée devint considérable, et dès lors on dut porter un pronostic fâcheux, que confirmaient encore et le mauvais aspect de la face, et le caractère du pouls. Cependant, dans l'espace de vingt-quatre heures, en même temps qu'une sueur très-abondante se manifesta, tout changea de face; l'inflammation, dont les progrès n'avaient pu être arrêtés par un traitement antiphlogistique très-énergique, rétrograda avec une merveilleuse rapidité du deuxième vers le premier degré, et très-peu de temps fut nécessaire pour amener la résolution complète d'une aussi grave phlegmasie. Nier que dans ce cas des sueurs critiques ont terminé la pneumonie, ce serait, ce nous semble, nier l'évidence. On trouve ici tous les caractères d'une véritable crise: exaspération de plus en plus grande de la maladie, puis apparition subite et spontanée d'un mouvement fluxionnaire vers la peau, et en même temps amendement très-manifeste de tous les symptômes. Ce jugement brusque de la maladie est encore un des caractères des

phénomènes critiques. Sans doute la pneumonie aurait pu également se terminer d'une manière favorable, sans qu'aucune crise n'eût lieu; mais cette terminaison eût été très-vraisemblablement beaucoup plus lente, et nous n'aurions pas vu, dans l'espace de quarante-huit heures, une forte hépatisation du poumon faire place à un léger engouement, qui disparut lui-même avec rapidité.

N'oublions pas de noter l'époque de la crise, dans la nuit du sixième au septième jour; fut-elle favorisée par le looch avec l'ipécacuanha et le kermès que le malade avait pris la veille?

Aucun frisson ne précéda ici l'apparition du point de côté.

XII. OBSERVATION.

Un quincailier, âgé de trente-deux ans, sentit, en revenant de la campagne à Paris, dans la soirée du 28 février, un violent frisson; puis il eut chaud et commença à tousser pendant la nuit. Le lendemain, 1^{er} mars, douleur au-dessus du sein droit; le malade s'alita et but du vin chaud sucré. Il toussa tout le jour sans cracher. Le 2 mars, le point de côté n'existait plus. — Le 3, se sentant bien portant, il retourna à Gonesse. Mais, en venant le soir à Paris, il fut pris de nouveau de point de côté à droite, de fièvre, et il toussa beaucoup dans la nuit. Entré à la Charité dans la soirée du 4, il fut sur-le-champ saigné. La nuit, il sua pour la première fois. — Dans la matinée du 5, la respiration était courte, gênée; la poitrine percutée rendait un son mat en arrière et à droite, dans toute l'étendue à peu près des lobes moyen et inférieur, dans cette même partie s'entendait la *respiration bronchique*, et la voix retentissait d'une autre manière que dans les autres points du thorax. Crachats fortement rouillés, réunis en une masse géla-

tiniforme qui ne se détache point du vase lorsqu'on le renverse. Pouls fréquent, plein; décubitus sur le dos. Diagnostic : *hépatisation rouge* de la partie moyenne du poumon droit. (*Saignée de douze onces; tisanes émoullientes.*) Sang des deux saignées fortement couenneux. — Sueur le soir et une grande partie de la nuit.

6 (septième jour), même état. (*Saignée de douze onces.*) Elle se montra couenneuse comme les deux premières. Délire le soir; sueur la nuit.

Huitième et neuvième jour, dyspnée moindre; crachats aussi visqueux, mais moins rouillés. Mêmes renseignements par l'auscultation et la percussion. Pouls fréquent, faible; délire le soir. (*Vingt-quatre sangsues au côté droit le huitième jour, et deux vésicatoires aux jambes le neuvième.*)

Dixième jour, un grand changement s'était opéré dans l'état de la respiration. Un râle crépitant très-prononcé s'entendait au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate; un peu plus bas, l'on entendait encore la respiration bronchique; le son était moins mat. Dans le lobe supérieur du poumon droit, et dans la totalité du gauche, le murmure inspiratoire était net, mais très-intense. Le malade ne sentait pas d'oppression; et, en effet, la respiration était à peine accélérée: il toussait moins; les crachats étaient beaucoup moins visqueux, et à peine rouillés. Des sueurs copieuses avaient eu lieu toute la nuit: langue blanchâtre, soif, urines abondantes. Le soir, pour la première fois depuis quelques jours, il n'y eut pas de délire. (*Tisanes émoullientes.*)

Onzième jour, les crachats n'étaient plus que ceux du simple catarrhe. Râle crépitant, en arrière et à droite, depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'à la partie la plus inférieure de la poitrine. Là, aussi, sonorité moindre; pouls à peine fébrile; aucune sueur n'avait eu lieu.

La nuit suivante, le malade eut encore du délire. Cependant, dans la matinée du douzième jour, il était bien; il n'avait pas de fièvre. A droite, le bruit de la respiration était plus faible qu'à gauche, et mêlé de temps en temps de râle crépitant. Le son était aussi clair qu'à gauche.

Du treizième au seizième jour, le bruit de la respiration revint peu à peu à son état naturel. (*Potion gommeuse, avec quatre grains de kermès chaque jour; tisane de polygala.*)

Le dix-septième jour, la respiration s'entendait également bien dans tous les points de la poitrine; il n'y avait plus d'autre phénomène morbide qu'une toux légère, avec expectoration catarrhale. Cette toux persista encore pendant une huitaine de jours; puis le malade quitta l'hôpital parfaitement rétabli.

====

Cette observation offre beaucoup de points d'analogie avec la précédente. Les mêmes signes, savoir: le son mat, la respiration bronchique, le retentissement particulier de la voix, la grande viscosité des crachats, annoncèrent l'hépatisation rouge du tissu pulmonaire. Plus tard, la disparition de ces signes et l'existence du râle crépitant indiquèrent le retour de la phlegmasie du deuxième au premier degré. Malgré l'intensité de la lésion pulmonaire, la dyspnée ne fut jamais considérable; elle n'était plus même sensible à une époque où il y avait encore un peu d'hépatisation et beaucoup d'engouement. Des sueurs eurent lieu chaque nuit, depuis l'époque de l'entrée du malade jusqu'au neuvième jour, sans avantage manifeste. Celles qui survinrent dans la nuit du neuvième au dixième jour furent beaucoup plus copieuses, et un amendement notable coïncida avec leur apparition. Elles cessèrent de se montrer les jours suivants. La résolution complète s'opéra d'ailleurs

plus lentement que chez le sujet de l'observation XI^r. Est-ce parce que le caractère critique des sueurs fut ici moins tranché ?

Chez ce malade, comme chez plusieurs des précédents, l'on observa du délire à chaque exacerbation du soir. Ce délire périodique se montra même encore, alors que la résolution de la pneumonie s'opérait, et qu'il n'y avait plus de fièvre dans la journée. Nous ne pourrions que répéter ici ce que nous avons dit sur ce sujet, savoir, qu'il est des individus qui, en vertu d'une sorte d'idio-syncrasie inexplicable, ne sauraient être malades sans avoir du délire, qui, chez eux, ne doit rien ajouter à la gravité du pronostic. Cette circonstance indique toutefois une grande susceptibilité du système nerveux. De là, une disposition particulière aux affections du cerveau, dès que les autres organes sont souffrants; de là, aussi, des indications thérapeutiques spéciales.

Le début de la maladie présente ici une particularité qui doit être remarquée. Il n'y eut d'abord qu'une simple pleurésie, qui se dissipa sans émissions sanguines. Le malade se crut alors guéri; mais, à la suite d'un nouveau voyage, le point de côté se renouvela, et la phlegmasie, bornée d'abord à la plèvre, ne tarda pas à se propager au parenchyme pulmonaire. La douleur pleurétique ne fut que de très-courte durée. La pneumonie, restée seule, fut combattue par d'abondantes saignées. Plus tard, lorsqu'il n'y avait plus de fièvre, et que la résolution s'opérait, le kermès et la racine de polygala furent donnés avec avantage.

XIII^e OBSERVATION.

Un souffleur de verre, âgé de dix-huit ans, avait un léger rhume depuis huit jours. Dans la soirée du 19 mai 1824, il s'exposa à un froid humide. Dans la nuit, il eut du frisson suivi d'une forte chaleur, et fut pris de douleur dans le côté droit du thorax. Le lendemain matin, vomissement bilieux; toux plus fréquente avec expectoration sans caractère. Même état les jours suivants. Entré le 13 juin à la Charité, il présente, le 14, l'état suivant :

Respiration précipitée; crachats visqueux et rouillés, douleur légère au-dessous du sein droit, son mat, à droite en avant, depuis la clavicule jusqu'au sein, et en arrière, dans la même étendue, respiration bronchique et résonnance particulière de la voix sous l'aisselle droite et au niveau de l'épine de l'omoplate du même côté. Diagnostic : *hépatisation du lobe supérieur du poumon droit*. Pouls fréquent et petit; langue un peu rouge; sensibilité à l'épigastre. (*Saignée d'une livre; tisanes émollientes; diète.*)

Le 15 et le 16, aucun changement notable n'a eu lieu du côté de la poitrine. La langue perdit sa rougeur; un léger dévoiement s'établit. (*Deuxième saignée.*)

Le 17, son moins mat; respiration bronchique moins évidente; disparition de la résonnance de la voix; râle crépitant en quelques points; respiration plus libre, crachats aussi rouillés, moins visqueux.

Pendant les cinq à six jours suivants, le bruit naturel d'expansion pulmonaire se rétablit peu à peu dans les divers points du lobe supérieur du poumon droit; le son mat disparut; les