

core complète. Il ne faut pas oublier toutefois que chez beaucoup de convalescents, dont l'appareil respiratoire n'a été nullement atteint, le mouvement produit une légère dyspnée, qui ne cesse que lorsque les forces se sont rétablies.

75. En même temps que la douleur paraît et que la dyspnée se manifeste, l'oreille, appliquée sur les parois thoraciques, reconnaît une modification notable dans le bruit naturel qui se fait entendre à chaque mouvement inspiratoire; à mesure que la pneumonie fait des progrès, ce bruit subit de nouvelles modifications qui annoncent d'une manière plus ou moins précise le siège et le degré de la phlegmasie pulmonaire. La voix se trouve également modifiée.

Si l'on ausculte la poitrine dès le début de la pneumonie, voici ce qu'on observe dans le plus grand nombre des cas. Du côté où s'est manifestée la douleur, le bruit naturel de la respiration a perdu sa netteté; il est mêlé dans une étendue plus ou moins grande à un râle sec, que Laennec a désigné sous le nom de *râle crépitant*, à cause de la ressemblance qui existe entre le bruit qu'il produit et le bruit que l'on entend lorsqu'on fait décrépiter un sel sur des charbons ardents. Souvent aussi ce râle a une analogie encore plus parfaite avec le bruit particulier que l'on fait naître en froissant un morceau de parchemin.

Dans les premiers moments de l'existence de ce râle, il altère et obscurcit le bruit naturel de la respiration, mais il ne le masque pas entièrement. A mesure que l'inflammation fait des progrès, il devient de plus en plus prononcé, et finit par cacher totalement le souffle naturel de la respiration.

Le râle crépitant annonce l'engouement du poumon; tant qu'il existe, c'est une preuve que dans plusieurs points au moins la pneumonie n'a pas dépassé le premier degré. Mais

de son intensité plus ou moins grande, de son mélange plus ou moins fort avec le bruit naturel de la respiration, on peut déduire des signes sur l'état plus au moins avancé du premier degré, sur l'union même de ce premier degré avec le second. Tant que le bruit naturel de la respiration prédomine sur le râle crépitant, on doit en conclure que l'inflammation est légère. Si le râle crépitant devient à son tour prédominant, s'il finit par masquer entièrement le bruit de la respiration, c'est un indice certain que la pneumonie a fait des progrès, qu'elle tend à passer au second degré. Lorsque les malades meurent pendant qu'ils présentent le râle crépitant à ce degré, on ne trouve plus ordinairement le poumon simplement engoué, bien qu'il soit encore perméable, son tissu est déjà ramolli et friable; il commence à se laisser déchirer avec assez de facilité. Plus tard encore le râle crépitant cesse peu à peu de se faire entendre; mais alors deux cas peuvent se présenter: ou bien, en même temps que le râle crépitant diminue, le bruit naturel de la respiration se fait entendre de nouveau; ou bien ce bruit ne revient pas, et en même temps tantôt on n'entend plus rien, tantôt ce bruit est remplacé par un autre qui nous occupera tout-à-l'heure. Dans le premier cas on doit admettre que la pneumonie marche vers la résolution; dans le second cas on acquiert la certitude que la maladie devient plus grave, et que le poumon s'hépatise.

Le râle crépitant sec, tel que nous venons de le décrire, ne se présente pas toujours avec des caractères aussi tranchés. Dans bien des cas il est plus humide, et se rapproche par des nuances insensibles d'une autre espèce de râle qui résulte uniquement d'un mélange d'air et de liquides dans les grosses bronches (râle muqueux de Laennec). D'un autre côté, on entend souvent un râle tout-à-fait semblable au râle crépitant chez des individus qui ne sont atteints que d'une bronchite in-

tense, et chez lesquels on ne trouve, après la mort, ni pneumonie, ni œdème pulmonaire. Qu'est-ce donc que le râle crépitant? Quel est son siège? Comment se produit-il? Il est bien évident que chez les derniers individus dont nous venons de parler, il ne peut résulter, comme le râle muqueux, que d'un mélange d'air et de liquides dans les bronches. Si l'on réfléchit ensuite que ces deux râles présentent une foule de degrés et de nuances où ils se confondent, on en conclura qu'ils sont produits par la même cause, c'est-à-dire par le bruit auquel donne lieu le passage de l'air à travers les différents liquides qui peuvent remplir les canaux aëri-fères. En raisonnant toujours par analogie, en considérant que le râle muqueux à son tour se confond souvent avec le gargouillement des cavernes, nous en concluons que ces différents bruits, dus à une cause identique, ne présentent surtout de différence qu'en raison de l'ampleur de la cavité où ils ont lieu. Ainsi le gargouillement se fait entendre dans de vastes excavations, le râle muqueux dans les grosses bronches, le râle crépitant se rapprochant du muqueux dans les bronches plus petites, enfin le râle crépitant caractéristique de la pneumonie dans les bronches les plus ténues, et surtout dans les vésicules pulmonaires. Ces trois variétés d'un même bruit pourraient être désignées sous les noms de *râle caverneux*, de *râle bronchique* et de *râle vésiculaire* (1).

Le râle crépitant annonçant le premier degré de la pneumonie a été indiqué par Laennec, qui a aussi établi que lorsque l'hépatisation du poumon a remplacé l'engouement, l'oreille, appliquée sur la poitrine, sent à chaque inspiration les parois thoraciques se soulever, mais ne perçoit plus aucun bruit, soit

(1) Les qualités du liquide expectoré, et surtout ses différents degrés de viscosité, doivent encore modifier le râle d'une manière notable.

naturel, soit pathologique. Ce n'est certainement pas là le cas le plus commun, et à cette même époque de la pneumonie on observe, bien plus souvent encore que cette absence de tout bruit respiratoire, un autre phénomène fort remarquable, qui ne nous paraît pas avoir fixé autant l'attention de Laennec (1). Chez beaucoup de malades dont le poumon est hépatisé en rouge ou en gris, le bruit de la respiration ne disparaît pas; mais il est singulièrement modifié, et ce n'est plus évidemment le même genre de bruit que l'on entend. On dirait alors qu'un individu placé près de l'oreille de celui qui écoute souffle dans un tube. De là le nom de *souffle tubaire* par lequel on a désigné cette modification du bruit respiratoire. D'autres fois, du côté où le son est mat, on entend, sans mélange de râle, le bruit respiratoire normal; il est seulement d'une intensité beaucoup plus grande que du côté sain, de telle sorte que, si l'on n'était averti de la possibilité d'une semblable méprise, on regarderait tout naturellement comme le poumon sain celui qui est malade, et dans le parenchyme duquel l'air ne pénètre plus. En même temps la voix se trouve modifiée dans sa résonance. Cette modification de la voix n'est proprement ni de l'ægophonie, ni de la pectoriloquie; elle se rapproche davantage de la modification que la voix subit dans les cas de dilatation des bronches (bronchophonie). Toutes les fois que les individus qui nous ont présenté ces modifications du bruit respiratoire et de la voix ont succombé, nous avons constamment trouvé soit une hépatisation rouge ou grise du poumon, soit, comme nous le verrons plus bas, un épanchement pleurétique. Nous ne les avons observés pendant la vie que dans les cas où le son très-mat et l'en-

(1) Ceci était écrit avant que Laennec n'eût publié la seconde édition de son ouvrage.

semble des autres symptômes annonçaient une pneumonie au deuxième ou au troisième degré, ou bien un épanchement dans la plèvre.

Une pareille modification du bruit respiratoire et de la voix nous semble facile à expliquer. Elle nous paraît dépendre de ce que l'air ne peut pas pénétrer au-delà des gros tuyaux bronchiques. Aussi ne se manifeste-t-elle pas seulement dans le cas d'hépatisation pulmonaire; on l'observe encore dans le cas où un épanchement pleurétique comprime le tissu du poumon; toutes les fois, en un mot, que l'air ne peut plus parvenir jusque dans les vésicules pulmonaires. La cause de ce bruit respiratoire tout spécial étant bien déterminée, nous l'appellerons *respiration bronchique*, par opposition au bruit respiratoire naturel, que nous désignerons sous les noms de *bruit d'expansion pulmonaire*, de *respiration vésiculaire* (1).

(1) Depuis que ce paragraphe a été écrit, nos observations nous ont montré de plus en plus l'extrême importance de la *respiration bronchique* comme signe de la pneumonie.

Depuis plusieurs années, nous avons constamment retrouvé cette sorte de respiration chez les individus dont le poumon était hépatisé, et au contraire, nous ne l'avons que très-rarement rencontrée dans les cas d'épanchement pleurétique; aussi est-ce là pour nous un excellent moyen de distinguer l'une de l'autre ces deux affections, et toutes les fois que nous entendons nettement la *respiration bronchique*, nous établirions presque à coup sûr qu'il existe une pneumonie.

Le bruit qui constitue la respiration bronchique diffère tellement, par sa nature, dans le plus grand nombre des cas, du simple bruit d'expansion pulmonaire, qu'il suffit de l'avoir entendu une fois pour ne plus le méconnaître. Il est cependant quelques cas où la méprise est plus difficile à éviter: ces cas sont ceux où la respiration bronchique ne diffère presque de la respiration vésiculaire que par sa plus grande intensité, et par une sorte de bruit plus rude. Ce n'est alors qu'en comparant le bruit de la respiration des deux côtés, qu'on arrive à en trouver la différence.

La respiration bronchique diffère encore de la respiration vésiculaire, en

Lorsque la pneumonie marche vers la résolution, et qu'elle commence à repasser du deuxième au premier degré, on entend de nouveau du râle crépitant. En même temps la respiration bronchique devient de moins en moins sensible, la résonnance particulière de la voix cesse aussi peu à peu; le râle crépitant diminue à son tour, et est remplacé insensiblement par le bruit net d'expansion pulmonaire. Souvent le râle crépitant persiste en quelques points, et même dans une assez grande étendue du poumon, long-temps après la cessation de tous les autres symptômes pneumoniques, et la disparition de tout mouvement fébrile. Sans l'auscultation, on croirait la pneumonie entièrement résolue, la toux légère qui existe encore ne semblerait pas mériter une attention sérieuse; et cependant, tant que ce râle persiste, on peut être certain que la résolution de la phlegmasie n'est pas complète, et l'on doit craindre, soit une rechute et le retour de la maladie à l'état aigu, soit la persistance d'un noyau de phlegmasie latente d'où pourra résulter tôt ou tard une désorganisation du poumon (1).

De même que l'on trouve souvent, après la mort, les trois degrés de la pneumonie réunis dans un seul poumon, de même on observe quelquefois chez un même individu, à une même époque, les différents signes tirés de l'auscultation qui annoncent l'existence simultanée de ces différents degrés. Ainsi dans un point l'on entend du râle crépitant seul, ou mêlé au bruit d'expansion pulmonaire; dans un autre point on entend la respiration bronchique; ailleurs enfin on ne perçoit plus ni râle, ni bruit respiratoire, ni résonnance de voix.

ce qu'elle est souvent beaucoup plus prononcée pendant le temps de l'expiration que pendant celui de l'inspiration.

(1) Quelquefois même la respiration bronchique persiste dans une étendue plus ou moins grande long-temps après que la fièvre a cessé et que l'état général est devenu excellent, à tel point qu'on ne pourrait pas supposer qu'il reste encore quelque altération dans le poumon. (Note de la quatrième édition.)

En même temps que l'auscultation donne, du côté malade, les différents signes que nous venons de passer en revue, le bruit d'expansion pulmonaire s'entend du côté sain avec une intensité bien supérieure à celle qu'il a dans l'état physiologique, comme si, pour suppléer au poumon malade, le poumon resté sain devait recevoir, dans un temps donné, une plus grande quantité d'air. Cette intensité inaccoutumée du bruit respiratoire dans un seul côté doit même suffire pour faire soupçonner une lésion quelconque dans l'autre poumon.

Il arrive quelquefois que la grande quantité de liquide accumulé dans les bronches ou la tuméfaction aiguë de leur membrane muqueuse donnent lieu à un râle bronchique humide ou sec tellement fort, qu'il masque tous les autres bruits, et que l'état du parenchyme pulmonaire ne peut plus être connu par l'auscultation.

Enfin il est des cas où, bien qu'il y ait pneumonie, l'auscultation n'apprend rien sur son siège et sur son degré. L'oreille, appliquée sur la poitrine, entend partout le bruit d'expansion pulmonaire très-net, mais en même temps beaucoup plus fort que dans l'état naturel. Il en est ainsi lorsque l'inflammation n'occupe qu'une portion circonscrite du poumon, éloignée de sa périphérie, et spécialement une partie de sa base, de son centre ou de sa racine. On sent aussi combien l'auscultation doit fournir peu de renseignements, lorsque la phlegmasie n'existe que dans quelques lobules isolés. (Obs. XXXVI.)

Ainsi, nous avons trouvé trois cas dans lesquels la pneumonie produit pendant chaque mouvement de respiration un bruit plus fort que de coutume. Dans le premier de ces cas, c'est dans le point même du poumon où existe un son très-mat, qu'on entend un bruit plus intense que le bruit normal d'expansion pulmonaire. Mais, dans ce premier cas, le bruit normal n'est pas seulement exagéré; il est modifié dans sa

nature : c'est la *respiration bronchique*. Dans le second cas, c'est encore du côté du poumon malade qu'on entend la respiration plus forte, mais seulement dans les portions saines du parenchyme pulmonaire situées autour de la partie malade. Enfin, dans le troisième cas, c'est seulement du côté du poumon sain que le bruit respiratoire présente une force inaccoutumée.

76. Nous ne nous arrêterons pas sur les avantages généralement connus de la percussion de la poitrine pour distinguer le siège et l'intensité de la pneumonie. Avant que l'auscultation fût pratiquée, la percussion pouvait seule faire découvrir un grand nombre de pneumonies plus ou moins complètement latentes : aujourd'hui, loin de donner à l'une de ces deux méthodes une préférence exclusive, on doit toujours les employer simultanément, et chercher à confirmer par les résultats de l'une les résultats fournis par l'autre.

Quant à leur degré respectif d'utilité, il est certain que l'auscultation va plus loin que la percussion. Il y a un grand nombre de pneumonies au premier degré, pendant le cours desquelles on n'observe aucune diminution dans la sonorité des parois thoraciques; l'auscultation, au contraire, donne, dans ce cas, des renseignements très-précis. Dans toutes les pneumonies, le son ne s'obscurcit que vers le deuxième ou le troisième jour, quelquefois plus tard : ici encore, l'auscultation devance la percussion, et, dès le début, elle annonce le siège de l'inflammation. Enfin, à l'époque de la terminaison de la pneumonie, lorsque la matité du son a disparu et que la percussion n'indique plus aucun état morbide, souvent l'auscultation fournit des signes qui annoncent que la résolution de la phlegmasie n'est pas encore complète.

Il est aussi des cas où, de même que l'auscultation, la percussion ne fournit plus aucun renseignement, en raison du

siège profond de la pneumonie, lorsque celle-ci existe surtout vers la base, le centre ou la racine du poumon. Il en est encore ainsi dans les cas de pneumonies lobulaires.

La percussion, ainsi que nous l'avons déjà remarqué, ne peut être pratiquée lorsque les parois thoraciques sont douloureuses, lorsqu'elles sont infiltrées ou qu'un vésicatoire les couvre (1). Dans ces différents cas, l'auscultation la supplée avec avantage. Il en est encore de même chez les individus dont le thorax est plus ou moins déformé.

Dans plusieurs cas de pneumonie double, il y a des deux côtés une égale matité de son; et, si cette matité est peu considérable, elle peut être regardée comme un état naturel. Qui ne sait, en effet, que la poitrine est loin d'avoir une égale sonorité chez tous les individus, et que souvent, chez des personnes très-bien portantes d'ailleurs, elle ne rend qu'un son très-obscur? L'auscultation n'expose point à une pareille erreur.

Toutes les fois qu'on percute, il ne faut jamais perdre de vue que le foie à droite, et la rate à gauche, donnent lieu à un son mat, qui est constant pour le premier de ces viscères, et plus commun qu'on ne le pense pour le second.

77. La toux ne présente aucun caractère notable; elle a rarement lieu par quintes: son intensité et sa fréquence ne sont pas en rapport constant avec l'acuité de l'inflammation. Au début, elle est sèche; mais bientôt elle s'accompagne d'une expectoration particulière, qui doit être regardée comme un des signes les plus sûrs de la pneumonie.

78. Des crachats transparents et rouillés, se réunissant en une masse gélatiniforme et tremblotante, d'une viscosité telle,

(1) C'est surtout dans des cas pareils que le plessimètre de M. Piorry peut être employé avec beaucoup d'avantage.

que le vase qui les reçoit peut être renversé et fortement agité sans qu'ils se détachent de ses parois; tels sont les traits saillants qui ne permettent pas de confondre avec aucune autre l'expectoration de la pneumonie. Mais combien cette description succincte n'est-elle pas suffisante! Les crachats, en effet, sont loin de présenter cet aspect dans les divers degrés de l'inflammation du poumon: il est des cas où ils affectent une disposition toute différente; d'autres fois, la pneumonie parcourt ses diverses périodes, sans que son existence ait été en aucune manière annoncée par l'expectoration, qui a été constamment nulle ou sans caractère.

Occupons-nous d'abord de décrire l'expectoration, telle qu'elle se présente le plus ordinairement pendant le cours d'une pneumonie.

Au début de la maladie, lorsque l'on observe déjà de la toux, de la dyspnée, un mouvement fébrile prononcé, une douleur plus ou moins vive, le malade ne crache point encore, ou bien il n'expectore qu'un peu de mucus guttural ou bronchique mêlé à de la salive. Alors, dans le plus grand nombre de cas, la poitrine percutée rend encore un son net; mais déjà un commencement de râle se fait entendre dans l'un des côtés du thorax; à mesure que ce râle devient plus prononcé, l'expectoration commence à se caractériser: c'est ce qui arrive ordinairement du deuxième au troisième jour. Les crachats deviennent *sanguinolents*, c'est-à-dire qu'ils sont composés d'un mucus intimement uni et combiné avec le sang; ce ne sont pas de simples stries sanguines, comme dans les crachats du catarrhe; ce n'est pas non plus du sang pur, comme dans l'hémoptysie. Suivant la quantité de sang qu'ils contiennent, les crachats sont jaunes, ou d'une couleur rouille de fer, ou d'un rouge franchement prononcé. Ils deviennent en même temps tenaces et visqueux; ils adhèrent entre eux de manière à ne plus former

qu'un tout transparent et homogène; mais, pour peu qu'on incline le vase qui les contient, on les voit s'en écouler encore avec une assez grande facilité. Ainsi, à cette époque de la maladie, les crachats adhèrent déjà fortement entre eux, mais ils n'ont pas encore assez de viscosité pour adhérer aux parois du vase.

Souvent, pendant tout le cours de la pneumonie, les crachats se présentent tels que nous venons de les décrire: dans ce cas, l'inflammation du poumon ne passe pas ordinairement le premier degré; mais souvent aussi les crachats acquièrent une viscosité de plus en plus grande; ils ne se détachent plus du vase lorsqu'on les renverse. On doit redouter alors que l'inflammation ne fasse des progrès, et que la pneumonie n'atteigne le deuxième degré. Presque toujours, en effet, en même temps que les crachats deviennent plus visqueux, la poitrine percutée rend un son plus mat, et le bruit d'expansion pulmonaire devient nul ou se change en respiration bronchique.

La pneumonie est alors arrivée à son plus haut degré d'acuité. Les crachats restent quelque temps stationnaires, puis ils se présentent avec de nouveaux caractères, qui diffèrent selon que la maladie doit se terminer par résolution, entraîner la mort, ou passer à l'état chronique.

Lorsque la pneumonie marche vers la résolution, la quantité de sang contenu dans les crachats commence à diminuer ainsi que leur viscosité. D'abord, il faut agiter un peu fortement le vase qui les contient pour les en détacher; un peu plus tard, il suffit de l'incliner légèrement; ils reprennent peu à peu les caractères qu'ils avaient dans le premier degré de la maladie, et, enfin, ils redeviennent ceux du simple catarrhe aigu.

On voit souvent des malades dont les crachats, après avoir été moins visqueux et moins sanguinolents, reprennent d'un

jour à l'autre et leur viscosité première et leur couleur fortement rouillée. C'est un indice certain qu'il y a récrudescence dans la maladie, ainsi que le prouve d'ailleurs l'exacerbation simultanée des autres symptômes.

La résolution de la pneumonie est-elle surtout favorisée, comme l'a dit Cullen, par l'expectoration d'une matière épaisse, blanche ou jaunâtre, marquée de quelques filets de sang, qui sort en grande quantité sans exciter une toux violente? L'observation nous a démontré qu'une pareille expectoration n'est nullement nécessaire à la résolution complète de la maladie, et que celle-ci peut se terminer fort heureusement, bien que les crachats, qui ont perdu leur viscosité, et qui ne sont plus teints de sang, restent aqueux, transparents, incolores, et cessent enfin d'être expectorés sans avoir acquis un plus grand degré de *coction*, comme disaient les anciens.

On commettrait toutefois une grave erreur si, d'après la seule inspection des crachats, qui sont revenus à un état purement catarrhal, on croyait que la pneumonie fût parfaitement résolue. Il arrive, en effet, souvent que la nature de l'expectoration semble annoncer que la résolution complète a eu lieu, et, cependant, l'auscultation fait encore entendre du râle crépitant. Celui-ci persiste chez beaucoup de malades pendant un temps plus ou moins long, après que les crachats ont cessé d'être caractéristiques.

Il est plus rare de voir l'expectoration pneumonique continuer à se montrer, lorsque déjà la cessation, ou du moins l'amélioration notable des autres symptômes semble annoncer une résolution presque complète de la phlegmasie. Nous en citerons cependant un exemple remarquable.

Un homme, âgé de cinquante-neuf ans, fut atteint, en 1820, d'une pleuro-pneumonie du côté gauche. Le troisième jour, crachats rouillés et visqueux; même expectoration les jours

suiuants. Sueur générale et copieuse le septième. Le huitième, amendement de tous les symptômes, persistance de l'expectoration. Le dixième jour, le râle crépitant, qui s'était fait entendre dès le commencement de la maladie dans toute la partie postérieure gauche du thorax, est remplacé par le murmure naturel de la respiration; la dyspnée n'existe plus, la peau est sans chaleur, le pouls est à peine fébrile, et, cependant, les crachats conservent l'aspect qu'ils ont présenté dès le troisième jour de la maladie. Ils sont transparents, fortement rouillés, réunis en une masse gélatiniforme, mais peu adhérents au vase, tels qu'on les observe dans le passage du premier degré de la pneumonie au deuxième, ou dans le retour du deuxième degré au premier. Les jours suivants, le malade paraît en pleine convalescence. L'expectoration conserve néanmoins le même caractère, et ne devient décidément catarrale que huit ou neuf jours après la disparition de tous les autres symptômes de la phlegmasie pulmonaire.

Il est vraisemblable que, dans ce cas, un point central du parenchyme était demeuré atteint d'un reste de phlegmasie, qui n'était plus annoncé que par la seule expectoration.

Lorsque la pneumonie, au lieu de se résoudre, devient de plus en plus grave, ou qu'elle tend à se terminer par suppuration, l'expectoration présente de nouveaux caractères importants à bien connaître.

Chez le plus grand nombre des malades, l'expectation devient d'abord difficile et rare, puis elle se supprime entièrement. Mais chez les uns, et c'est le cas le plus ordinaire, la sécrétion de la matière des crachats continue de se faire; l'excrétion seule n'en est plus possible, soit à cause de leur extrême viscosité, soit à cause de la grande faiblesse du malade. Ils s'accumulent successivement dans les bronches, la

trachée et le larynx, obstruent ces conduits, et la mort par asphyxie en est le fréquent résultat.

Chez d'autres malades, la sécrétion même de la matière des crachats cesse de se faire d'une manière plus ou moins brusque. On peut comparer alors l'état de la muqueuse bronchique à celui d'un ulcère dont la surface, après avoir été le siège d'une suppuration abondante, se dessèche tout-à-coup.

Les maladies nombreuses qui compliquent si souvent la phlegmasie du poumon sont une des causes fréquentes qui diminuent ou suspendent la sécrétion dont la muqueuse des bronches est le siège. Des purgatifs, donnés en grande quantité au commencement de la maladie, produisent aussi, d'après Baglivi, la suppression de l'expectation. Morgagni regarde les saignées intempestives, faites surtout chez les vieillards, comme propres à produire le même effet. Il dit à ce sujet : *Sunt plures medici qui ægros ob id interimunt, quia nesciunt ipsi quiescere*. Sydenham nous avertit aussi que des saignées trop souvent répétées suppriment l'expectation, tandis que, faites avec plus de ménagement, elles servent souvent à la rétablir. Aux yeux du médecin qui, fidèle à ces principes, n'a recours à la phlébotomie qu'avec un sage discernement, l'extraction d'une certaine quantité de sang est souvent le meilleur des expectorants : *Optimum in pulmonum inflammationibus expectorans remedium venæ sectio prudenter administrata habenda est*. (Frank.)

Lorsqu'on croyait que la pneumonie, causée par une matière morbifique fixée sur le poumon, ne pouvait se résoudre qu'autant que cette prétendue matière était évacuée par les crachats, on pensait, dès qu'on les voyait se supprimer, que la matière morbifique restait dans les poumons, dont elle amenait peu à peu la dégénération, à moins qu'à l'aide d'une heureuse métastase elle ne sortît de l'économie avec les selles,