

toujours contenus dans ce qui reste de la cage thoracique, si je pratique l'insufflation de manière à simuler la respiration, voici ce que vous voyez :

1° *Le déplissement pulmonaire s'effectue de la base au sommet; ce qui est d'accord avec ce que nous venons de voir de la direction des conduits bronchiques;*

2° *Le déplissement pulmonaire est toujours maximum à la base.*

Maintenant si nous analysons attentivement chacun de ces phénomènes concordants, voici ce que nous constatons : dans une insufflation modérée, correspondant à une inspiration peu profonde, les poumons ne se dilatent pas seulement de la base aux parties supérieures, mais encore il arrive que quelques portions des sommets ne se dilatent aucunement. Il y a donc, dans les respirations ordinaires, des vésicules du sommet qui restent sans emploi.

Dans une insufflation plus considérable, on voit ces parties des sommets, tout à l'heure immobiles, se déplisser enfin et se remplir d'air. Il faut donc de grandes inspirations pour utiliser toutes les vésicules pulmonaires.

Enfin, pour dilater au maximum ces mêmes vésicules du sommet, il faut pratiquer une très vigoureuse insufflation, et alors vous observerez, comme chez le lapin sur lequel nous expérimentons, que les bases pulmonaires sont distendues au point d'en être presque emphysémateuses.

Eh bien, l'anatomie pathologique est ici d'accord avec les déductions anatomiques que je viens d'exposer comme avec l'expérience que je viens de faire; c'est, en effet, aux bases pulmonaires, et au bord tranchant de ces bases, que l'emphysème vésiculaire s'observe d'abord et au maximum. « Quel que soit, dit Louis, le degré de l'emphysème, la dilatation des vésicules pulmonaires n'est pas uniforme, et c'est toujours au bord tranchant du poumon que j'ai trouvé cette dilatation à son maximum. — Le bord tranchant des poumons est tellement la partie de ces organes dont les cellules ont le plus de tendance à la dilatation, que quand cette dilatation a atteint ses limites, quand les cellules sont déchirées, et forment des espèces d'appendices, c'est encore le long du bord tranchant que cela a lieu, soit antérieurement,

soit à la base des poumons (1). » Et l'observation de Louis chez l'homme concorde avec celle de Delafond sur les animaux; c'est-à-dire que ce qui peut se dilater à s'en rompre, ce sont les vésicules qui fonctionnent le plus et le plus énergiquement, celles des bases.

De tout ceci il résulte que les inspirations ordinaires ne déplissent pas les poumons dans leur totalité; qu'il est des portions de ces organes qui restent alors dans un repos relatif et même absolu; que ces portions sont situées dans les lobes supérieurs et au sommet de ces lobes; que ceux-ci ne sont mis en réquisition que dans les grands besoins de l'organisme, quand il faut fournir dans un temps donné la plus grande somme d'hématose; qu'ils sont ainsi ce que j'appelle des lobes auxiliaires ou de renfort.

Mais de ce que, dans les conditions ordinaires de la respiration, ces parties du poumon se trouvent dans un état d'inertie relative ou absolue, il en découle des conséquences assez inattendues, et qu'il faut que je vous signale :

Nous avons vu que, pour des raisons toutes mécaniques (la direction rétrograde des rameaux et ramuscules bronchiques), pour des raisons purement physiques (la pesanteur), l'air inspiré pénètre plus difficilement au sommet qu'à la base du conoïde pulmonaire; mais ce qui est vrai de l'entrée de l'air est également vrai de sa sortie; en conséquence, l'air contenu dans les lobules supérieurs éprouve mécaniquement et physiquement les mêmes obstacles pour sortir — mécaniquement, cela va de soi — physiquement aussi, car, étant plus chaud, il a d'autant moins de tendance à descendre. Il y a donc stagnation relative des gaz aux sommets pulmonaires.

Mais, l'endosmose et l'exosmose des gaz étant proportionnelles à la différence de leur composition ainsi qu'à la facilité de leur mélange, l'air contenu dans les vésicules des sommets pulmonaires, étant moins mélangé, sera moins endosmotique et plus riche ainsi en acide carbonique; par conséquent, l'hématose sera

(1) P.-Ch.-A. Louis, *Emphysème des poumons*, dans *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, t. XI, p. 341.

moins active dans les réseaux vasculaires des sommets, et ceux-ci perdront moins de leur acide carbonique dissous.

Or, comme la nutrition des parois des vésicules s'effectue en grande partie, sinon en totalité, par les réseaux capillaires du système de l'artère pulmonaire, la nutrition des vésicules du sommet des poumons sera d'autant moins active et moins parfaite que le sang qui les nourrit sera moins hématosé. D'où résulte la moindre vitalité des vésicules du sommet, et par suite leur moindre résistance à la tuberculisation au cas de tuberculose, comme leur inflammation plus facile au cas de caducité par le fait des ans, des excès ou des passions.

Ces prémisses étant posées, vous allez comprendre désormais, je l'espère, ce qu'on a dit, et dit justement, mais sans l'interpréter comme je le fais, de la gravité de la pneumonie du sommet en général, puis de la gravité de la pneumonie chez les vieillards, comme enfin de sa gravité chez les ivrognes et les cachectiques.

Mais, avant d'aborder cette importante partie de mon sujet, laissez-moi vous parler encore de quelques malades de nos salles.

Au n° 12 de la salle Saint-Paul, est entré, le 25 janvier, un homme de cinquante-neuf ans, malade depuis quatre jours. Cet homme toussait beaucoup; l'exploration de la poitrine nous fit reconnaître, au niveau du sommet droit, une matité notable, avec un souffle intense, presque caverneux, et des râles comme gargouillants. L'expectoration, peu abondante, était manifestement purulente. L'ensemble de ces symptômes pouvait faire songer à l'existence d'une caverne; cependant il y avait là quelque chose d'insolite. Ce malade répondait avec insistance, à nos questions réitérées, qu'il n'était malade que depuis quatre jours et qu'auparavant il n'avait jamais toussé. De plus, j'avais été frappé de l'aspect caractéristique de cet homme; ses yeux hagards, sa parole saccadée, démontraient qu'il était évidemment nerveux; mais la forme délirante de l'affection, le tremblement des mains, me conduisaient à penser que ce n'était pas là un nervosisme constitutionnel, mais un nervosisme alcoolique. Rapprochant ce fait du caractère spécial de la phlegmasie pulmo-

naire, je réservai mon diagnostic, tout en vous disant que c'était vraisemblablement là une pneumonie du sommet chez un ivrogne; et cela malgré l'absence des crachats caractéristiques de la pneumonie.

D'ailleurs, la température, qui était le soir de l'entrée de 40°,2, descendit le lendemain matin à 39°,6, le lendemain soir à 39°,3; et cependant les signes physiques restaient absolument les mêmes. Déjà ce n'était pas là chose naturelle; mais la marche de la température allait devenir bien plus insolite encore; ainsi, le soir du troisième jour après l'entrée du malade à l'hôpital, cette température n'était plus que de 35°,6, c'est-à-dire qu'elle était descendue au-dessous de la normale; le lendemain, la mort n'en survenait pas moins. Enfin ce malade était bien réellement alcoolique; les aveux de sa femme vinrent confirmer mon hypothèse sur ce point.

Ce devait donc être une pneumonie suppurée du sommet. On a donné pour caractère à cette suppuration du poumon le rejet des crachats *jus de pruneau*; or, notre malade n'a jamais expectoré que des crachats purulents, assez rares; et cependant à l'autopsie nous avons trouvé, suivant notre attente, une *hépatisation grise* du lobe supérieur du poumon, sans mélange aucun de granulations tuberculeuses.

Ceci m'amène à vous parler du malade qui occupe aujourd'hui le n° 23 de la salle Saint-Paul. Je vous ai dit comment j'avais été amené à voir en cet homme un alcoolique, et chez cet alcoolique une manifestation intestinale fébrile, résultant de cette habitude parisienne qu'ont les ouvriers de « faire le lundi », habitude qui n'est pas sans influence sur leur santé actuelle et sur leur santé future. C'est ainsi que je diagnostiquai deux maladies: d'abord un catarrhe gastro-intestinal fébrile, ensuite un alcoolisme invétéré, au sujet duquel je réservai mon pronostic, y voyant une cause de prédisposition à d'autres affections aiguës ou chroniques.

En effet, hier matin cet homme crachait du sang: vous l'avez entendu me dire ce matin comment, dans la nuit de dimanche à lundi, il avait été pris de frissons, et comment, à la suite, il avait expectoré les quelques grumeaux de sang qui l'inquiétaient,

et que nous trouvions mêlés à de véritables crachats péripneumoniques, visqueux, adhérents au vase et offrant la teinte du sucre d'orge. J'explorai aussitôt la poitrine et je trouvai au sommet droit, d'abord de la matité, puis un souffle intense, tellement intense, que je ne pus songer qu'à une hépatisation, qui s'était produite en l'espace de quelques heures. Remarquez, messieurs, combien cette marche avait été rapide; remarquez aussi quel était le siège de la phlegmasie.

La marche avait été des plus rapides, on n'en pouvait douter. La veille, le malade avait été ausculté par le chef de clinique; il l'avait été ensuite par des élèves aussi instruits que zélés; je l'avais enfin ausculté moi-même avec soin. S'il y avait eu à ce moment quelque chose au poumon, les signes physiques n'auraient guère pu échapper à notre examen successif. Je le répète donc, le développement de l'affection avait été d'une exceptionnelle rapidité.

Ce matin, on trouve en arrière une matité qui embrasse presque la moitié supérieure du poumon; le souffle en ce point est intense à faire presque croire à l'existence d'une caverne, et la bronchophonie est en rapport avec le souffle; je dirais volontiers que c'est une bronchophonie peu commune; ce qui vous laisse à juger à quel degré doit être portée l'hépatisation. En avant, il y a également de la matité, avec une crépitation abondante, accompagnée d'un bruit de souffle lointain. Il y a donc hépatisation du lobe supérieur du poumon droit.

Il était indispensable, ces choses constatées, de voir ce qu'était l'état général. Or, le malade a du délire la nuit depuis qu'il est entré à l'hôpital; il est surtout « tourmenté par des diabolins »; c'est bien là ce qui arrive généralement chez les alcooliques en proie à une affection fébrile. Ce n'est donc pas par hasard que cet homme a une pneumonie; il a une pneumonie, comme il a eu une gastro-entérite fébrile, parce que l'altération de son organisme le prédispose aux phlegmasies. Le cas est donc grave et d'autant plus grave qu'il s'ajoute aux symptômes de la phlegmasie pulmonaire un état adynamique inquiétant.

Je pourrais vous citer bien d'autres cas de ce genre. Dans les premiers temps de mon entrée en fonction dans ce service, un homme de soixante-quatorze ans venait occuper également un

des lits de la salle Saint-Paul, pour une pneumonie des plus étendues, avec prédominance de signes physiques au sommet. Cela se passait le 16 novembre 1868; le 17, je voyais le malade et je vous signalais la gravité de son cas; le 18, il était mort. Il était atteint depuis quatre jours à peine lors de son entrée; il a donc succombé en six jours. La pneumonie était caractérisée chez lui par une matité considérable et un souffle très intense, avec une adynamie telle, que tous mes efforts pour le relever restèrent impuissants. L'autopsie révéla une *hépatisation grise* de tout le poumon gauche, avec purulence surtout évidente au sommet.

Sans entrer dans une énumération fastidieuse autant qu'elle est navrante, je dois vous parler encore du cas du malade autrefois couché au n° 26.

C'était un homme de soixante ans, et c'était de plus un ivrogne impénitent; il ne se grisait jamais moins de trois ou quatre fois par mois, sans parler de ce qu'il pouvait boire quotidiennement. Quatre jours avant d'entrer à l'hôpital, il éprouva un certain malaise, sans frissons d'ailleurs, ni point de côté. Ce malaise l'obligea de garder la chambre, et comme enfin l'état de ses finances ne lui permettait pas de se soigner chez lui, il se détermina à venir à l'hôpital.

Le soir même de son entrée, il fut vu par deux médecins fort distingués, MM. Gouraud et Quartier, qui ne lui trouvèrent rien de bien net, tout en soupçonnant cependant une pneumonie du sommet. Le malade avait de la fièvre; à l'auscultation, on percevait des râles de bronchite dans toute l'étendue des deux poumons; à la percussion, un peu de submatité au sommet droit; enfin l'expectoration, assez visqueuse, était à peine safranée. Ces messieurs diagnostiquèrent une bronchite, et vraiment ils ne pouvaient guère mieux faire: j'insiste sur ce point; vous en verrez tout à l'heure la raison.

Le lendemain, à la visite du matin, en arrivant au lit du malade, je lui trouvai le pouls fréquent, la peau chaude et sèche; ce qui, joint à la prostration qu'indiquait le décubitus, me fit dire: « Ce malade doit avoir une pneumonie du sommet. » Je le fis asseoir; et, servi par le hasard, je percutai tout d'abord le sommet droit...

Matité *tanquam percussi femoris* ; le diagnostic était fait ! Je trouvais, pour le confirmer, un souffle intense au niveau de la matité, avec quelques râles crépitants au pourtour ; et, comme expectoration, un liquide visqueux, spumeux, couleur de safran. Ce n'était pas tout à fait le crachat typique, mais enfin cela s'en rapprochait assez pour conclure.

Prenant en grande considération l'élévation de la température à ce moment (39°,6), la sécheresse de la peau et de la langue, non moins que l'âge du malade et ses habitudes alcooliques invétérées, je portai le plus grave des pronostics. En effet, tous mes efforts pour lutter contre le mal restèrent impuissants. Le lendemain, l'adynamie était des plus prononcées ; le malade, agité et indocile pendant le jour, délirait la nuit, et l'affection marchait rapidement vers une terminaison funeste.

Mais ici se présente une circonstance singulière sur laquelle je veux appeler un instant votre attention : pendant les trois jours qui ont précédé sa fin, le malade a râlé ; c'est-à-dire que, pendant trois jours, a persisté chez lui cette paralysie de la sensibilité de la trachée, en raison de laquelle le mourant ignore, pour ainsi dire, la présence des mucosités qui viennent obstruer le conduit aérien, et ne les rejette plus, comme auparavant, par action réflexe. Ce phénomène, avant-coureur de la mort, qu'il ne contribue pas peu à hâter, a donc persisté pendant les trois derniers jours de la vie.

Un autre fait signala encore ces derniers jours, ce furent les variations singulières de la température.

Ce malade est entré le soir du 5 février ; le matin du 6, je faisais le diagnostic dont je n'ai pas sujet de me glorifier, car il ne pouvait être fait la veille, et je n'ai eu d'autre mérite que de tomber en temps opportun. Le 6, au matin, vous ai-je dit, la température était de 39°,6 ; le lendemain matin, elle était de 39°,4 ; le soir également de 39°,4 ; mais, à huit heures de ce même soir, elle n'était plus que de 38 degrés. Cette chute subite de la température était fort insolite ; ce fut bien autre chose le quatrième jour. A neuf heures du matin, on constatait la température à peu près normale de 36°,8 ; et cet homme râlait, et il pouvait à peine avaler, et il continuait à délirer ! Or (je développerai ce point

plus tard (1)), c'est précisément parce que ce malade n'avalait plus et ne prenait plus d'aliments que sa température baissait ; il était inanitié comme les animaux de Chossat ; il y avait là cette auto-phagie sur laquelle j'ai déjà incidemment appelé votre attention. Dans le cours de cette quatrième journée, la température resta de 36°,5 à 36°,6 pour ne remonter que le soir à 37 degrés. Eh ! vous voyez, 37 degrés au lieu de 40 qu'il aurait dû y avoir, cela fait une diminution de 3 degrés. Le cinquième jour la température remontait à 38 degrés, et enfin, ce même jour, peu de temps avant la mort, survenue à onze heures du soir, elle était de 39 degrés.

Il y eut donc, chez ce pneumonique du sommet qui allait mourir, une température basse, comme chez celui du n° 12, dont je vous parlais tout à l'heure.

Indépendamment de la marche singulièrement rapide de l'affection dans le cas qui nous occupe, je veux insister aussi sur les prodromes, qui nous fourniront des observations d'un haut enseignement clinique. Mais auparavant retenez ce point essentiel dans le développement de la maladie, c'est qu'elle s'est accompagnée d'un état cérébral des mieux caractérisés, et qui, lui aussi, tout autant que la pneumonie du sommet en elle-même, est l'expression d'un mauvais état général.

Si maintenant nous nous reportons aux prodromes, nous remarquons tout d'abord qu'il n'y a pas eu de point de côté ; eh bien, messieurs, le fait est très commun chez les vieillards, et vous en devez garder le souvenir.

Voyons maintenant ce qu'ont dit les auteurs modernes, soit de la pneumonie du sommet, soit de la pneumonie des vieillards, et cherchons à comprendre ou à concilier leurs assertions.

« La pneumonie est très fréquente chez les vieillards, » dit Laennec. « La pneumonie est le fléau le plus redoutable de la vieillesse, » s'écrie Cruveilhier, qui fut longtemps médecin de la Salpêtrière. « La pneumonie résume en elle presque toute la pathologie de la vieillesse, » ajoute M. Durand-Fardel.

Vieillesse et pneumonie, pneumonie et vieillesse ; il semble que

(1) Voir, t. II, leçon LXXXIV, sur les *Températures basses excessives*.

ce soit une équation. En réalité, caducité de l'être, moindre résistance aux agents physiques, plus grande fragilité d'un parenchyme fragile en soi, pneumonie : telle me paraît être la solution du problème en trois phrases.

Mais cette pneumonie des vieillards ne siège-t-elle pas de préférence au sommet ?

« Voici, dit M. Durand-Fardel, quel était le siège de la pneumonie dans 30 observations terminées par la mort :

Le lobe supérieur.	15 fois.
Les lobes supérieur et moyen.	1 —
Le poumon tout entier.	2 —
Le lobe inférieur.	7 —
Les lobes inférieur et moyen.	2 —
Le lobe moyen.	1 —
Le poumon tout entier, sauf une couche mince au sommet.	1 —
Siège mal défini.	1 —

Ainsi, dans 30 cas de pneumonie mortelle, 18 fois le sommet était malade : 15 fois seul, 3 fois avec d'autres lobes.

« La pneumonie du sommet, ajoute le même auteur, doit donc être considérée comme relativement plus fréquente que celle de la base chez les vieillards, dans les cas simples et primitifs au moins. Louis avait déjà trouvé que les malades atteints de pneumonie du sommet avaient en moyenne cinquante-quatre ans; tandis que ceux qui étaient atteints d'une pneumonie de la base n'avaient qu'un âge moyen de trente-cinq ans (1). »

Cela dit sur l'âge auquel on observe le plus souvent la pneumonie du sommet, voyons pour sa gravité.

« La pneumonie du sommet, dit Monneret, expose le malade à de plus grands dangers, et l'on a à redouter plus que dans les autres pneumonies les symptômes adynamiques, le délire et la terminaison par suppuration. Presque toujours la phlegmasie finit par envahir tout le lobe supérieur. La manifestation de l'ictère est plus commune que dans les pneumonies qui affectent un autre siège (2). »

(1) Durand-Fardel, *Traité des maladies des vieillards*, p. 460.

(2) Monneret et Fleury, *Compendium de médecine pratique*, t. VII, p. 67; 1847.

Remarquez, je vous prie, que ce n'est pas la pneumonie du sommet qui « expose à de plus grands dangers », mais qu'il n'y a ces dangers plus grands qu'en raison de la gravité de l'état général antérieur dont la pneumonie est la façon d'être matérielle, l'expression anatomique; comme le délire, les accidents adynamiques, l'ictère, en sont l'expression fonctionnelle et générale.

D'un autre côté, sur 29 observations de pneumonie qu'il rapporte, M. Andral a signalé 7 cas de mort par suppuration du poumon; dans 4 de ces 7 cas, l'inflammation siégeait au lobe supérieur (2 fois); aux lobes supérieur et moyen (2 fois). Ces malades avaient trente-neuf, quarante-neuf, soixante-deux et soixante-sept ans (1).

Que si maintenant nous entrons dans l'analyse des particularités de la pneumonie du sommet, nous voyons qu'il en est qui tiennent au siège même de la lésion; ce sont celles qui se rapportent au point de côté, à la dyspnée, à la toux et à l'expectoration.

Le point de côté y est moindre que dans toute autre forme de la pneumonie et parfois presque nul: ce qui tient vraisemblablement à ce que la lésion pulmonaire est ordinairement peu étendue; à ce qu'il y a par suite moins de nerfs intercostaux intéressés; à ce que la locomotion des parois thoraciques est des plus faibles et presque nulle au sommet; comme aussi à ce que la sensibilité générale est émoussée par la vieillesse ou l'ivrognerie.

La dyspnée y est notablement moins intense; d'abord en raison de la faible étendue de la lésion; ensuite parce que les sommets pulmonaires sont les parties auxiliaires, les lobules de renfort, qu'on met surtout en réquisition dans les fortes inspirations, et dont l'action peut manquer sans entraîner de gêne très sensible dans les respirations ordinaires.

La toux est plus rare pour les mêmes raisons de moindre étendue de la lésion, de moindre fonctionnement du lobe lésé, de moindre sensibilité générale, et par suite de moindre sensibilité du pneumogastrique. La toux cesse même quand la terminaison

(1) Andral, *Clinique médicale*, t. III, p. 347 et suiv.

doit être funeste, ainsi que vous l'avez pu voir chez nos malades; et cela par l'extinction de la sensibilité déjà si obtuse.

Pour les mêmes raisons l'*expectoration* est peu abondante ou nulle; un de nos malades n'avait encore rejeté aucun crachat au troisième jour de sa pneumonie; 14 fois M. Durand-Fardel a vu l'*expectoration* manquer dans la pneumonie du sommet chez les vieillards. Quand elle existe, elle est ordinairement peu franche, diffluente ou jus de pruneau; ce qui est l'indice de la plus extrême gravité.

Les *signes physiques* sont nécessairement très peu étendus; limités au sommet, à l'aisselle; c'est parfois dans cette dernière région qu'il faut aller chercher quelques rares bouffées d'une crépitation peu nette. Aussi vous engagé-je à ne jamais manquer d'ausculter le creux axillaire dans les cas où vous soupçonnez une pneumonie latente; c'est ainsi que nous avons pu la découvrir chez un de nos malades couché au n° 49. Quelquefois le souffle s'entend d'emblée sans crépitation préalable, au moins perceptible. Il n'est pas besoin d'insister sur le soin avec lequel la percussion du sommet de la poitrine doit être pratiquée pour arriver parfois à constater la diminution du son et de l'élasticité dans l'étendue de quelques centimètres carrés seulement. Chez certains malades, la matité est limitée aux fosses sus et sous-épineuses où elle est absolue, tandis qu'il y a du son skodique en avant. Plus rarement la matité n'existe qu'en avant dans la région sous-clavière.

L'état général est ce qu'il peut être, c'est-à-dire mauvais, étant donné que la pneumonie est la pneumonie d'un vieux, d'un ivrogne ou d'un débilité, et que c'est cette méchanceté de l'état général qui a engendré la pneumonie.

Le *début* est souvent des plus insidieux: il ne semble pas que ce vieux, que cet ivrogne, soit plus cacochyme que devant; il a seulement perdu le peu d'appétit qu'il avait encore; ce qu'il avait conservé de forces semble anéanti; il dort sur son banc de Bicêtre ou de la Salpêtrière d'un sommeil torpide, ou bien il vomit les quelques aliments qu'il vient de prendre. La peau est chaude, le pouls vibrant; on couche le malade, on l'ausculte, et déjà le sommet est hépatisé: l'invasion du mal a été méconnue.

Cependant, d'autres fois c'est par un frisson que la phlegmasie s'annonce, et la réaction semble celle de la fièvre inflammatoire. Ou bien encore, c'est celle de la fièvre bilieuse. Mais ce qui domine de beaucoup, c'est la fièvre adynamique.

Le pouls est peu fréquent, il bat une centaine de fois à la minute; il est dicrote, dépressible, malgré sa force apparente qu'il doit souvent à l'athérome des parois.

La température est ordinairement moins élevée que dans la pneumonie franche; elle reste plus souvent aux alentours de 39 degrés que de 40 degrés, et peut même s'abaisser aux approches de la mort, comme nous l'avons vu chez deux de nos malades.

L'ensemble extérieur est habituellement celui de la stupeur, de l'adynamie ou de l'ataxie, le malade est couché sur le dos, inerte; de sorte que n'étaient son âge, ses joues plaquées de rouge, d'un côté surtout, une légère dyspnée, on le croirait atteint de fièvre typhoïde. Ce qui vient encore à l'appui de cette première supposition, nosologiquement inexacte, c'est l'état de la langue, qui est aride, sèche, rapidement croûteuse; mais, cliniquement, c'est bien là ou la *fièvre putride*, ou la *fièvre adynamique* des anciens, plus une pneumonie.

La diarrhée est fréquente, nous l'avons vu chez nos malades; et l'ictère est loin d'être rare. L'*ictère*! ce n'est assurément pas là un phénomène de voisinage, vous l'avouerez; attendu que s'il est un lobe pulmonaire qui soit éloigné de la face convexe du foie, c'est à coup sûr celui du sommet, surtout du sommet gauche.

Eh, tenez! puisque je parle d'ictère et de pneumonie, discutons un peu une burlesque théorie mécanicienne de l'ictère dans la pneumonie. Oh, mon Dieu! la chose est bien simple! L'hépatisation a momentanément supprimé la perméabilité d'une portion de poumon; le champ de la circulation de l'artère pulmonaire est rétréci d'autant; il s'ensuit un obstacle à la déplétion du ventricule droit; les veines caves ne peuvent en conséquence se vider facilement dans ce ventricule encombré; le sang veineux reflue ou stagne dans les réseaux veineux sus-hépatiques; le foie s'hypérémie enfin, et la jaunisse en est le résultat définitif!