

**Des inflammations pulmonaires donnant lieu à de l'induration.**— M. A. FRANKEL a étudié au point de vue anatomique et clinique les inflammations pulmonaires terminées par induration.

Le plus souvent, les inflammations aiguës et subaiguës du poumon sont superficielles, c'est-à-dire que les produits inflammatoires sont simplement déposés dans les alvéoles, et ils sont passagers. Il y a quelques exceptions à cette règle : ces inflammations peuvent se terminer par induration, et la pneumonie terminée de cette façon mérite d'être cliniquement connue, car elle peut donner aisément lieu à des erreurs de diagnostic.

Certains auteurs ont nié la terminaison de la pneumonie par induration ; c'est à tort, car si elle est rare (à peine une fois sur cent), elle n'en existe pas moins. Au point de vue anatomo-pathologique, voici ce qu'on constate : tandis que pour la pneumonie fibrineuse habituelle la coupe du poumon est granuleuse et constituée par un tissu friable, dans la pneumonie indurée la surface est lisse et le tissu résistant : parfois la surface de section a une transparence particulière, et on y voit des mouchetures jaunâtres caractéristiques, dues à des amas de cellules devenues graisseuses.

Au microscope, dans les alvéoles on trouve du tissu conjonctif qui, sous forme de bouchons, les remplit ; ces bouchons, partant des cloisons à la façon de polypes, contiennent des vaisseaux et rappellent par leur structure le processus de l'organisation des thrombus. D'après les recherches de M. Kohn, les pédicules, qui semblent s'intéresser sur les parois alvéolaires, en réalité les traversent pour unir entre eux les bouchons conjonctifs de diverses alvéoles. D'ailleurs, d'après cet auteur, la fibrine de la pneumonie commune n'est pas simplement déposée dans les alvéoles, mais elle en traverse les parois pour former un réseau à travers toute la masse enflammée.

Les symptômes cliniques de l'induration pulmonaire métapneumonique sont : la continuation de la fièvre, la persistance de la matité et la rétraction progressive de la paroi thoracique.

Quand on observe ces symptômes, on pense en général à la formation d'un abcès du poumon ou d'un empyème. Il faut encore songer à la possibilité d'une pneumonie indurée, qu'il ne faut pas confondre avec une résolution lente : dans la résolution lente, la matité persiste, mais non la fièvre.

La fièvre de l'induration pulmonaire est atypique : elle persiste pendant des semaines, et même, à la suite de la broncho-pneumonie, pendant des mois, pour disparaître progressivement. La matité subsiste et ne s'atténue guère. Le souffle diminue, devient plus doux, et les râles crépitants deviennent plus gros et plus rares. Enfin survient la rétraction du thorax.

La durée du processus est variable : M. Frankel a observé deux cas terminés par la mort le seizième et le vingtième jour : à l'autopsie, on a trouvé une induration pulmonaire déjà complète. Ces deux